

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon

ANNÉE SCOLAIRE 1900-1901. — N° 119

DES ABCÈS URINEUX

A SIÈGE EXCEPTIONNEL

NON PÉRINÉAUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le samedi 9 mars 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Auguste-Alexandre MOREL

Ancien externe des hôpitaux

Né à Saint-Laurent (Jura), le 25 janvier 1877



LYON

A. STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, rue de la Méditerranée

—
1901



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552408_0016

DES ABCÈS URINEUX

A SIÈGE EXCEPTIONNEL

NON PÉRINÉAUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le samedi 9 mars 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Auguste-Alexandre MOREL

Ancien externe des hôpitaux

Né à Saint-Laurent (Jura), le 25 janvier 1877



LYON

A. STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, rue de la Méditerranée

—
1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR.
CROLAS	QUESTEUR.

Professeurs honoraires

MM. PAULET, CHAUVEAU.

Professeurs

	MM.
Cliniques médicales	LÉPINE.
	BONDET.
	BARD.
Cliniques chirurgicales	PONCET.
	X.
Clinique obstétricale et Accouchements	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Parasitologie.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales	MAYET.
Anatomie pathologique	TRIPPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (Maurice).
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT.
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacologie	CROLAS.

Professeur adjoint

Clinique des Maladies des femmes	M. LAROYENNE.
--	---------------

Chargés de cours complémentaires

Clinique des Maladies des enfants	MM. WEILL.	agrégé
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Accouchements	POLLOSSON (Aug.),	—
Propédeutique médicale.	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE,	—
Botanique	BEAUVISAGE.	—

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE	CONDAMIN	VALLAS	PAVIOT
ROQUE	DEVIC	SIRAUD	NOVE-JOSSERAND
ROUX	COLLET	DURAND	BERARD
POLLOSSON (A.)	BOYER	DOYON	SAMBUC
ROCHET	BARRAL	PIC	BORDIER
ROLLET	MOREAU		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON, président ; M. ROCHET, assesseur ;
MM. ROLLET et CONDAMIN, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*trop faible témoignage de ma vive affection
et de ma profonde reconnaissance*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. le professeur POLLOSSON

A M. le professeur agrégé ROCHET

A TOUS MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

AVANT-PROPOS

Ayant observé presque simultanément plusieurs cas d'abcès urinaux péniens et ischio-rectaux, M. le professeur agrégé Rochet nous proposa de rechercher si quelque étude avait été publiée sur les localisations extra-périnéales des abcès urinaux. Parmi différentes thèses ou travaux ayant trait aux suppurations périurétrales ou aux sténoses du canal, nous sommes arrivé à consulter un certain nombre d'observations de ce genre. Mais aucun travail d'ensemble n'avait été entrepris, et il nous a semblé intéressant et original de rapprocher tous ces cas de localisation en apparence bizarre de l'infection urinaire et de faire de cette analyse le sujet de notre thèse inaugurale.

Dans un premier chapitre nous établirons les diverses variétés de ces abcès urinaux atypiques ; un deuxième résumera l'étiologie et les problèmes intéressants que soulève la pathogénie. Dans le troisième chapitre nous décrirons les symptômes et nous nous attacherons à différencier ces abcès de lésions diverses dont quelques-unes, par l'analogie de leurs caractères, pourraient donner lieu

à une confusion regrettable à tous égards ; enfin un dernier chapitre nous permettra d'indiquer la thérapeutique rationnelle qu'il faut appliquer pour obtenir une rapide guérison. Nous le ferons suivre des quelques trente observations que nous avons pu réunir et que nous avons réparties en trois groupes suivant le siège du foyer abcédé.

Plusieurs d'entre elles, inédites, se rapportent à des malades du service de M. Rochet, chirurgien-major de l'Antiquaille ; nous le remercions bien vivement de son empressement à les mettre à notre disposition, ainsi que des conseils autorisés qu'il a bien voulu nous donner. Nous sommes d'autant plus heureux de pouvoir lui manifester ici notre profonde gratitude que M. Rochet n'a cessé durant le cours de nos études médicales de nous porter le plus bienveillant intérêt.

Merci également à M. le professeur Augagneur, à l'obligeance de qui nous devons la communication d'une intéressante observation.

Que M. le professeur Pollosson, dont nous avons eu la bonne fortune d'être l'externe, daigne accepter aussi nos plus sincères remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION. — DIVISION DU SUJET

Avant d'entreprendre l'étude des abcès urinaires non périnéaux, il est nécessaire de préciser la valeur du terme : abcès urinaire, car sa définition même prête à discussion. Quelques auteurs, admettant, avec Voillemier, comme cause première, l'irruption de l'urine dans les tissus périurétraux, se sont refusés naturellement à reconnaître l'existence d'abcès urinaires sans urine et les ont définis : des collections suppurées avec mélange d'urine dues précisément à l'irritation des tissus par cette urine épanchée hors de ses voies naturelles.

C'est ainsi que Civiale nous dit : « Il y a abcès urinaire lorsque l'urine s'infiltre lentement dans le tissu cellulaire qui s'enflamme, s'indure et que cette tumeur s'abcède. » Certains auteurs modernes parmi lesquels Damaschino (1), quoique admettant l'origine septique, microbienne de ces abcès, ne conçoivent pas leur existence sans présence d'urine. Segond lui aussi (2) professe cette opinion,

(1) Th. Paris, 1897.

(2) *Semaine Médicale*, 1887.

puisqu'il nous déclare que « les deux facteurs de la gravité de ces abcès sont la dose d'urine épanchée et la puissance de pénétration ».

Telle n'est pas notre conception de l'abcès urinaire. Pour nous sa caractéristique, c'est son point de départ. Nous le définirons : un abcès dû à une infection propagée des voies urinaires. Quant à la présence de l'urine, ce n'est qu'un épiphénomène, un élément secondaire, surajouté, mais qui est loin d'être indispensable et, de fait, il est d'assez nombreux cas où elle n'apparaît que très tardivement ou même n'apparaît pas du tout.

Les abcès urinaires ont leur lieu d'élection au périnée, et la chose est facile à comprendre, puisque les rétrécissements qui, nous le verrons plus loin, sont leur cause première, siègent, le plus souvent, au niveau du bulbe ou de l'urèthre membraneux.

Mais il faut se hâter de dire que les rétrécissements peuvent se rencontrer ailleurs : à la région pénienne et même à la région prostatique. De ce chef l'on conçoit déjà l'existence possible d'abcès urinaires en dehors du périnée. Si l'on ajoute que l'infection partie d'un point quelconque de l'urèthre peut se propager bien loin de ce lieu d'origine par l'intermédiaire de voies diverses, on comprendra mieux encore la possibilité de rencontrer ces abcès comme égarés en des régions plus ou moins éloignées.

Toutefois il y a une distinction primordiale à faire entre les abcès extra-périnéaux proprement dits, ayant une existence autonome, et ceux qui ne sont que le prolongement ou le diverticulum d'un abcès périnéal. Ces abcès diverticulaires sont assez fréquents. C'est, en effet, un des

caractères constants et bien connus des agents de la suppuration d'avoir tendance à envahir les départements voisins de celui où ils évoluent. Si la vitalité des tissus n'a pu édifier une coque défensive, une barrière assez puissante pour enrayer la marche de l'envahisseur, si surtout la virulence de celui-ci est telle qu'il ne leur est point donné le temps de s'opposer à son extension, des fusées se produisent fatalement, de nombreux foyers se forment, bientôt fluctuants.

La direction de ces prolongements est régie par la disposition des aponévroses périnéales. L'abcès périnéal ordinaire est bridé par ce qu'on est convenu d'appeler la loge périnéale, c'est-à-dire par les deux feuillets de l'aponévrose moyenne ou ligament de Carcassonne. Cet enclavement entre deux plans cellulux parallèles lui vaut la forme ogivale qu'on lui connaît. Mais le pus peut contourner ces voiles membraneux tendus au-devant de sa marche.

Tantôt c'est latéralement qu'il tourne l'obstacle et l'on observe alors des diverticules latéraux qui, envahissant les triangles ischio-bulbaires, peuvent aller jusqu'aux branches ischio-pubiennes et qui semblent comme branchés sur l'abcès principal. Ces diverticules peuvent s'étendre en avant sur les côtés de la racine de la verge et, lors de l'ouverture des abcès urinaux périnéaux, les chirurgiens mentionnent fréquemment ces prolongements latéraux et antérieurs que le doigt est obligé de débrider. Parfois même le bulbe de l'urèthre est entièrement disséqué par la suppuration et pour ainsi dire à nu dans la cavité abcédée.

Il est un autre diverticulum très important à connaître :

c'est celui qui se forme en arrière lorsque le pus, contournant le feuillet supérieur du ligament de Carcassonne, se fraie un passage entre l'aponévrose prostatopéritonéale et le rectum. Il peut arriver ainsi à décoller la muqueuse rectale.

Mais tous ces abcès diverticulaires, qu'ils soient latéraux, antérieurs ou postérieurs, ne sont que des clapiers de l'abcès primitif et nous les laissons de côté dans notre étude pour ne nous occuper que des collections indépendantes de tout abcès périnéal.

Les abcès urinaux d'ailleurs ne sont pas forcément liés à une lésion de l'urèthre lui-même. Le long trajet qu'effectue l'urine depuis son origine dans les reins jusqu'à sa sortie par le méat uréthral permet déjà de comprendre que l'infection par les microorganismes des voies urinaires puisse s'effectuer en des régions très diverses. Les calices, le bassinet, les uretères, la vessie, l'urèthre enfin, peuvent être le point de départ de l'inoculation septique et, suivant les cas, on conçoit que le siège de l'abcès puisse différer. Mais laissons de côté les reins, les uretères et la vessie, dont il est bien difficile d'apprécier les lésions, du moins jusqu'à présent, car, dans un avenir très rapproché peut-être, la cystoscopie et le cathétérisme des uretères nous fourniront des résultats plus positifs.

Nous savons d'ores et déjà que l'urèthre parcourt des régions anatomiques nettement différenciées. Sa division classique en trois tronçons (prostatique, membraneux et spongieux) répond à sa traversée dans trois départements bien délimités par leurs frontières aponévrotiques. Or, l'inoculation septique peut avoir son point de départ dans chacun de ces segments. Nous laisserons de côté la région

prostatique qui n'est qu'exceptionnellement le siège de rétrécissement. Mais l'abcès urinaire peut dépendre d'une infection partie de l'urèthre spongieux; si l'inoculation a été directe, en d'autres termes, si elle a eu pour seul intermédiaire la muqueuse altérée, l'abcès siègera en regard de ce segment de l'urèthre, c'est-à-dire au niveau de la verge ou des bourses. Nous aurons affaire à un abcès de voisinage ou abcès *par contiguïté*.

Mais ce n'est pas toujours au niveau des foyers infectieux primitifs que se forment les suppurations secondaires. La pathologie générale nous apprend que c'est souvent fort loin de la région originelle qu'il faut rechercher les métastases suppurées. Dans notre cas particulier le pus peut fuser entre les plans cellulaires et émigrer au loin; les agents nocifs peuvent, en outre, être transportés à des distances variables par les veines ou les lymphatiques. De là, ces abcès urinaires rencontrés un peu partout et que nous pourrions appeler abcès *migrateurs* ou *aberrants*. Nous en rapportons de nombreux exemples. La fosse iliaque (obs. 16), l'hypogastre (obs. 22, 23, etc.) peuvent en être le siège. Mais le sillon génito-crural et la face interne de la cuisse paraissent plus fréquemment affectés par la localisation purulente, comme en témoignent les observations de Payri, de Noguès, de Grégory, de Beaucard, de Ravanier et de Martin pour ne citer que les principales. Durand, dans les *Bulletins de la Société Anatomique* de 1837, relate un cas d'abcès urinaire ayant évolué dans la fosse iliaque.

Reybard, dans son *Traité des rétrécissements de l'urèthre*, signale un fait analogue dans les termes suivants : « M. Velpeau, dit-il, fut consulté pour une tumeur

volumineuse située dans la fosse iliaque gauche, limitée en bas et en dedans par le ligament de Poupart et la partie inférieure de la ligne blanche, en dehors et en haut par l'épine iliaque antérieure et supérieure et par l'ombilic, tumeur dont ce savant chirurgien ne parvint à reconnaître la nature qu'en recourant à l'interprétation des antécédents du malade et à l'exploration de l'urèthre. »

Bien mieux encore, on a rencontré des abcès urinaires aberrants dans des régions très éloignées des organes génito-urinaires : dans l'aisselle, le dos, au niveau de la paroi thoracique. Flaubert, d'après Caron (1), incisa, à l'Hôtel-Dieu de Rouen, un abcès de cette nature formé dans la fosse sous-épineuse du côté droit.

En résumé, on peut donc diviser d'après le siège qu'ils occupent les abcès urinaires non périnéaux en deux groupes : 1^o les abcès de *contiguïté* au niveau du pénis et du scrotum ; 2^o les abcès *migrateurs* ou *aberrants* que l'on rencontre en des régions très variées : dans la fosse ischio-rectale, à l'hypogastre, à la cuisse, au dos, etc.

(1) Th. CARON, Paris, 1868.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

La notion qui domine l'étiologie des abcès urinaires extrapérinéaux, c'est l'importance comme agent causal du rétrécissement de l'urèthre, quelle que soit sa nature.

Sans doute il peut se faire qu'une taille ou bien une fausse route pendant un sondage, chez un prostatique par exemple, provoque la formation d'une collection circonscrite ayant les caractères d'un abcès urinaire. Mais ces cas-là sont exceptionnels et il est facile d'en trouver l'explication. Dans ces cas de communication subite et large de l'urèthre avec les tissus avoisinants sains et indemnes de toute inflammation, l'urine septique, étant donnée sa tendance naturelle à l'envahissement rapide, à la diffusion lointaine, s'infiltrera dans le tissu conjonctif et fusera jusqu'en des régions éloignées : nous serons alors en présence d'une infiltration d'urine et non d'un abcès urinaire ; le tableau sera tout autre.

Au contraire, dans le cas de rétrécissement, les conditions sont bien différentes, un terrain spécial est préparé

de longue main. Non seulement l'épithélium est altéré (tantôt hypertrophie et prolifération des cellules; tantôt dégénérescence), mais en outre le corps spongieux est constamment envahi par la sclérose. Au tissu normal succède « un tissu compact, inextensible, avasculaire, évoluant vers la rétraction, l'atrophie, l'oblitération » (1). Le plus souvent un anneau fibreux complet entoure l'urèthre; c'est la « virole » du rétrécissement. On conçoit que l'infection d'un tel milieu transformé, circonscrit par des tissus scléreux, soit plus lente, moins dangereuse que dans le cas de tissu vasculaire, et qu'elle se borne à une infection locale. On le conçoit d'autant mieux que ces lésions sont de vieille date: l'abcès en effet, comme le prouvent nos observations, n'apparaît le plus souvent que plusieurs années après les manifestations du rétrécissement urétral. C'est donc dans les cas de lésion chronique de la muqueuse, de transformation progressive des tissus périurétraux et exclusivement dans ces cas que se produiront les abcès urineux.

La nature du rétrécissement causal est variable. Il ressort de nos observations que les abcès aberrants lointains (hypogastriques, cruraux, etc.) ont pour point de départ des rétrécissements infranchissables ou du moins très serrés et que ceux-ci sont le plus souvent d'origine traumatique. Cette prédisposition de la sténose traumatique à provoquer la formation d'abcès migrants nous semble bien établie par notre dernière série d'observations. Six d'entre elles en effet sur huit accusent soit une chute à califourchon sur un objet résistant, soit une fracture

(1) WASSERMANN et HALLÉ

du bassin avec urétrorragie consécutive. Une des deux autres, l'observation 22 relatée par Valette, se rapporte bien à un cas de rétrécissement blennorrhagique de la région membraneuse, mais qui se montre absolument infranchissable à toute tentative d'exploration. Nous essaierons à propos de la pathogénie de trouver une explication à cette relation entre l'étroitesse du rétrécissement et le siège lointain de l'abcès. Quelle que soit l'hypothèse émise, il faut retenir ce fait que les sténoses très étroites et presque exclusivement d'origine traumatique sont les seuls facteurs des abcès migrants.

Au contraire c'est au rétrécissement blennorrhagique qu'il faut attribuer la plupart des abcès de voisinage. Presque toutes nos observations d'abcès péniens ou scrotaux ont trait à d'anciens blennorrhagiens. Quelquefois le canal est encore humide, la goutte militaire apparaît encore le matin ; mais le plus souvent les phénomènes de suppuration uréthrale ont complètement disparu. La guérison parfois remonte à plusieurs années, dix, vingt même. L'abcès urineux au cours d'une blennorrhagie aiguë est chose exceptionnelle et les rares cas de ce genre signalés n'étaient probablement que des abcès périuréthraux dus à l'inflammation glandulaire. Le rétrécissement blennorrhagique demande en effet pour se constituer un laps de temps relativement considérable. Il n'y a pas lieu de s'en étonner, car ce n'est pas en un point seulement que le travail de réaction néoformatrice se produit : les recherches de Finger, de Wassermann et Hallé ont montré que la sclérose s'étendait à l'urèthre tout entier. D'ailleurs ils ne manquent pas en pathologie les exemples établissant combien se montre lent et chronique le proces-

sus de cicatrisation et de rétraction du tissu conjonctif sous-jacent à une muqueuse enflammée. Dans les cas de brûlure de l'œsophage la sténose consécutive est très longue à se constituer avec ses caractères définitifs et souvent plusieurs années sont nécessaires pour qu'elle atteigne son apogée. Cependant l'irritation a été là essentiellement vive et profonde. Combien plus insidieux encore ne doit pas être le processus de réparation uréthrale qui suit l'inflammation gonococcienne relativement si superficielle et si anodine ?

Naguère encore on ne comprenait sous le nom de rétrécissements que les cas où l'urèthre en certains points présentait une diminution considérable de calibre se traduisant par des troubles fonctionnels bien marqués. Mais Otis (de New-York) a prouvé que l'urèthre, consécutivement à l'inflammation gonococcienne, pouvait présenter une diminution peu sensible de sa circonférence normale et que cette légère angustie suffisait pour produire les diverses complications afférentes aux sténoses les plus accusées. Sous le nom de rétrécissement large cette lésion a été bien étudiée depuis par Vigneron, Boujol, Jurquet, etc.

Des abcès pénien et scrotaux peuvent en être la conséquence. Nous en relatons deux cas. L'observation 10 a trait à un abcès urineux de la face inférieure de la verge avec un rétrécissement assez large pour admettre une bougie n° 20 filière Charrière. Dans l'observation 15, où un abcès scrotal s'était formé, on passait aussi le n° 20, mais le malade percevait une vive douleur au niveau de la traversée bulbaire. Il faut donc dans l'étiologie de l'abcès urineux de contiguïté faire une part, à côté des sténoses

étroites de l'urèthre, aux rétrécissements larges proprement dits.

Le siège du rétrécissement est, en outre, un facteur important de la localisation de ces abcès. L'abcès siège toujours, en effet, au niveau ou en deçà de l'obstacle. Toutes nos observations en font foi. S'il s'agit d'un abcès urineux de la verge, l'existence de rétrécissements péniens est notée constamment. Si l'abcès siège aux bourses, la sténose se trouve soit au niveau de la verge, soit dans la traversée des bourses. Dans les cas, d'ailleurs, où une fistule urinaire a suivi l'ouverture de l'abcès et où l'autopsie a pu être faite, on a observé constamment que l'érosion uréthrale permettant cette filtration siégeait en arrière du rétrécissement causal. C'est à peine si l'on a cité deux ou trois exceptions à cette règle (Bell, Escat).

Il ne faudrait pas croire, toutefois, que l'existence d'un abcès urineux non périnéal nécessite absolument celle d'un rétrécissement traumatique ou blennorrhagique. Tout obstacle intra-urétral s'opposant d'une façon permanente à l'émission facile des urines peut, de ce chef, entraîner des lésions chroniques de l'urèthre, et celles-ci un abcès urineux. C'est ainsi que l'on a publié certains cas d'abcès urineux périnéaux dus à la présence dans l'urèthre d'un calcul ou de divers corps étrangers. Mais nous n'avons pas pu trouver d'observation de ce genre se rapportant à un abcès extra-périnéal. Toutefois, nous en reproduisons une très curieuse de Desnos (obs. 6), relative à un abcès urineux pénien attribué à l'étroitesse congénitale du méat. Dès l'enfance, il existait une difficulté de la miction amenant peu à peu une congestion chronique de la muqueuse et des lésions endo-uréthrales

progressivement croissantes. On comprend qu'alors, toutes les conditions pour la formation d'une périurétrite se trouvant réunies, un abcès urinaire se soit collecté.

Pour résumer ces considérations étiologiques, nous dirons donc que :

1° Les abcès migrateurs sont dus, le plus souvent, à un rétrécissement infranchissable, ordinairement d'origine traumatique ;

2° Les abcès de voisinage ont pour cause habituelle une sténose blennorrhagique qui peut être de large calibre ; cependant toutes les causes d'obstruction chronique de l'urèthre peuvent leur donner naissance ;

3° Le siège du rétrécissement régit celui de l'abcès de voisinage qui se trouve au niveau ou en deçà de la sténose.

La pathogénie des abcès extra-périnéaux de contiguité est identique dans ses grandes lignes à celle des abcès périnéaux. C'est donc la pathogénie des abcès urinaires, en général, qu'il nous faut rappeler, quitte, ensuite, à nous occuper de celle des abcès spéciaux que nous visons.

Les théories émises au sujet de la formation des collections urinaires ont été bien diverses et leur étude offre un grand intérêt. Aussi, insisterons-nous quelque peu sur l'historique de la question. On peut ramener ces opinions à deux théories principales : la théorie mécanique et la théorie infectieuse.

Depuis Civiale et Voillemier, on accusait de tout le mal la rupture de l'urèthre en arrière du rétrécissement. D'après cette conception simpliste, le canal urétral est comme un cours d'eau à débit intermittent et maintenu

en son lit par des digues. Mais voici qu'un obstacle surgit empêchant l'issue des eaux : celles-ci font effort contre lui ; la pression s'exerçant excentriquement, les digues de la rive sont bientôt disjointes, rompues, et le fleuve s'épanche alentour. Cette théorie de l'éclatement de la paroi uréthrale avait amené Civiale à considérer comme seuls importants les facteurs suivants : la nature de l'urine, la durée de son contact avec les tissus, la largeur de la crevasse de l'urèthre, la quantité d'urine épanchée. Selon que ces éléments avaient plus ou moins de valeur, il admettait quatre degrés dans les lésions : quand la crevasse était large et la pression très violente, il se produisait une infiltration généralisée ; à un degré moindre, l'abcès urinaire proprement dit ; puis l'abcès intrapariétal ; enfin, le dépôt urinaire ou diverticule de l'urèthre. On croyait que la poussée vésicale ne faisait que s'irriter de la barrière qui s'opposait à son effet ; sa puissance devait s'en accroître jusqu'à ce que, la paroi uréthrale cédant, l'urine trouvât une issue dans les tissus circonvoisins.

Malheureusement cette théorie ne répondait pas à la réalité des faits. Déjà Hunter avait constaté que, lorsqu'un obstacle s'oppose à la sortie de l'urine, la contractilité vésicale, loin de s'en accroître, était suspendue, le muscle vésical comme paralysé, et le stimulus de plénitude annihilé. La théorie de la poussée vésicale fonction de l'obstacle n'était donc qu'une erreur. Le grand chirurgien anglais, pressentant la vérité, soupçonne déjà une cause spéciale d'amener l'ulcération de la muqueuse. Ce quelque chose, cette inconnue du problème, c'était, nous le verrons plus loin, l'agent microbien et ses toxines.

Ducamp émet une opinion analogue ; d'après lui l'inflam-

mation en arrière du rétrécissement s'exaspérerait au point de frapper de gangrène la région rétrécie ; il en résulterait une crevasse de l'urèthre et c'est ensuite seulement, lors de la miction, que l'urine ferait irruption dans les tissus.

Perrève va plus loin : la collection, à son dire, non seulement peut se former sans rupture de l'urèthre et sans mélange d'urine, mais, de plus, elle peut s'évacuer par perforation de la peau, sans présenter, à aucun moment, de communication secondaire avec l'urèthre.

La théorie de l'effraction de l'urèthre, ainsi battue en brèche, reposait d'ailleurs sur une autre donnée fausse : la toxicité de l'urine normale. Velpeau en parlait en ces termes : « L'urine est un des liquides les plus dangereux de l'économie, qui produit les ravages les plus affreux quand il est sorti de ses canaux. » De même Voillemier écrivait que « l'urine porte partout la gangrène avec elle ».

Mais, plus tard, on s'aperçut que cette urine était parfois inoffensive. Schramm, Lane, Tédénat citent des cas de déchirure large de la vessie et d'extravasation de l'urine dans le péritoine, suivies de résorption et avec absence complète de phénomènes inflammatoires. Si l'on songe à la susceptibilité toute particulière de cette séreuse, le fait était pour étonner. De même dans les déchirures traumatiques de l'urèthre, une certaine quantité d'urine doit évidemment gagner les tissus périuréthraux grâce à la solution de continuité, et cependant les cas d'abcès ou d'infiltration à la suite de ces lésions sont heureusement l'infime minorité. Il était donc certain que l'urine se montrait parfois d'une innocuité absolue. A quoi attribuer ces variations ?

Certains crurent en trouver la raison dans les différences de réaction du liquide urinaire. Les uns avec Muron (1) accusèrent d'être phlogogènes les urines fortement acides par excès d'acide urique; mais, dans ses expériences, Muron ne s'était pas assez mis en garde contre les souillures, ce qui leur ôte leur valeur. D'autre part Patridge, les reprenant et injectant à plusieurs reprises sous la peau de la cuisse, chez des nègres, des urines fortement troublées par des urates en excès, nota tout au plus un peu d'induration passagère, mais jamais d'inflammation suppurative. La doctrine était donc fausse. D'autres auteurs mirent en cause l'alcalinité des urines ammoniacales et cela avec quelque apparence de raison, car, en fait, les urines spontanément ammoniacales provoquent plus fréquemment la formation d'abcès que celles à réaction normale. Mais la cause n'est pas dans leur alcalinité même; en effet, si l'on alcalinise des urines normales avec de la soude ou de la potasse, elles restent aphlogogènes (Menzel).

C'est seulement à la suite des travaux de Pasteur que l'on put trouver la clef du problème. On demanda à la microbiologie ce que la chimie n'avait pu apprendre et bientôt la conception erronée de l'urine toxique fut remplacée par celle de l'urine septique. On en vint à démontrer que l'urine, par elle-même, n'avait pas de propriétés inflammatoires vis-à-vis des tissus, mais qu'elle les empruntait aux différents germes qui, parfois, vivaient en son milieu. Diverses expériences le prouvent surabondamment. G. Simon (2) n'arrive à provoquer l'inflam-

(1) Thèse Paris, 1874.

(2) *Deutsche Klinik*, 1869.

mation en injectant de l'urine à divers animaux que lorsqu'elle est infectée. Menzel (1) a pu injecter, même profondément, depuis 100 grammes jusqu'à un litre d'urine limpide et normale, sans obtenir autre chose qu'une tuméfaction rapidement dissipée. Dans une autre expérience, très curieuse, il incise l'urèthre d'un chien dans la région périnéale, puis suture les tissus périurèthraux et lie le gland pour que l'urine s'extravase dans les tissus. Une tumeur urinaire se forme, mais non un abcès, et elle se résorbe sans accidents inflammatoires dès que la ligature de la verge est enlevée. Le professeur Tédénat, en 1875, reprit ces expériences dans des conditions plus précises encore. Des injections d'urine normale faites à divers animaux, avec toutes les précautions aseptiques nécessaires, ne provoquèrent pas d'accidents. Au contraire, des urines purulentes, soit acides, soit ammoniacales, donnèrent toujours lieu à des abcès circonscrits ou à de la suppuration diffuse avec îlots gangréneux. D'autre part, ces mêmes urines purulentes, après ébullition prolongée, ou bien après filtration, se montrèrent inoffensives.

Ces expériences prouvent nettement que l'urine n'est septique que par les microorganismes qu'elle peut contenir. Pas de germes, pas de suppuration. L'urine non septique a simplement des propriétés irritantes vis-à-vis des tissus; son rôle est purement chimique et son action, comme le dit Damaschino, est sclérosante, sclérogène, analogue à celle du chlorure de zinc.

Normalement, des microorganismes habitent l'urèthre

(1) *Wiener medic. Wochenschrift*, 1871.

de l'homme. Petit et Wassermann les ont étudiés et en ont décrit d'assez nombreuses espèces : cinq microcoques, six bacilles, deux sarcines et deux levures. Chez le même individu ils ont remarqué que les espèces du méat différaient totalement de celles des parties profondes du canal. Le coli bacille se rencontre au méat et dans la fosse naviculaire. Divers streptocoques, plusieurs staphylocoques, en particulier le *staphylococcus ureæ liquefaciens*, existent dans presque toute l'étendue de l'urèthre antérieur. Ces divers microorganismes ne sont pas pathogènes dans les conditions ordinaires, ou plutôt la muqueuse saine leur barre victorieusement le passage et sa sécrétion normale atténue leur virulence. Mais, vienne une inflammation qui laisse la muqueuse dans un état de moindre résistance, ces germes, inoffensifs d'ordinaire, deviendront des agents de suppuration. Leur virulence sera d'autant plus grande qu'ils seront restés plus longtemps dans un milieu favorable à leur multiplication et à leur développement. Pour cette raison, l'infection se montrera surtout dans les cas d'urétrite chronique qui aura permis leur pullulation en créant dans l'urèthre altéré des brides derrière lesquelles stagne l'urine.

Il est probable aussi que la coexistence du gonocoque exalte la virulence des autres microbes endo-uréthraux. L'importance des associations microbiennes est bien connue aujourd'hui. La présence d'un microorganisme, étranger d'ordinaire à la région, provoque, par les toxines qu'il sécrète, la genèse d'un milieu spécial où les microbes « indigènes » puisent une vitalité nouvelle. Charrin, Éraud ont insisté sur ces modifications qu'une diastase peut apporter à la virulence des microorganismes. Le bacte-

rium coli commune est surtout sensible à ce contre-coup d'une infection voisine. La clinique en fournit maints exemples et l'expérimentation, dans les mains de Widal, a montré que l'association du streptocoque avec le coli exagérât beaucoup la virulence du premier. C'est encore le coli qui, dans nos abcès urineux, se montre le plus souvent coupable. Mais, normalement, il n'existe que dans l'intestin et dans la fosse naviculaire. Faut-il, avec Boujol, regarder comme possible sa migration de l'intestin jusqu'à l'urèthre, soit au travers du péritoine et de la paroi vésicale, soit par l'intermédiaire de la circulation générale ? Il nous semble plus naturel d'admettre son ascension progressive dans l'urèthre depuis le méat, lorsque les lésions de l'uréthrite chronique favorisent ce cheminement. Le cathétérisme peut aussi le transporter dans les régions profondes du canal et, là, sa végétation se montre étonnamment rapide « rappelant celle des mauvaises herbes » (Rovsing).

Il fut signalé pour la première fois par Albarran et Hallé (1), puis par Clado (2), sous le nom de bactérie pyogène ou bactérie de l'infection urinaire. On reconnut plus tard (Rebland, puis Renault) (3) son identité avec le coli. Son rôle dans la pathogénie des abcès urineux est prépondérant, car sur dix-huit cas, Albarran et Banzet l'ont trouvé douze fois soit pur, soit associé. Dans les autres cas c'étaient des microcoques, des streptocoques ou des staphylocoques, c'est-à-dire les agents ordinaires de la suppuration. Dans deux cas d'abcès chronique, les

(1) *Bulletin Académique Médical*, août 1888.

(2) *Société Anatomique*, décembre 1888.

(3) Renault, thèse, 1893.

cultures furent stériles ; il est permis de croire que les germes infectieux y avaient cependant existé, car, « le milieu s'épuisant, les microbes peuvent disparaître peptonisés par leurs propres ptomaines » (Tuffier et Albarran). D'ailleurs il est certains germes que les cultures ordinaires ne mettent pas en évidence et qui nécessitent des manipulations spéciales : ce sont les microbes anaérobies. Veillon et Zuber avaient déjà étudié leur rôle dans les infections putrides. Cottet (1) les rechercha dans les abcès urinaux et en arriva à cette conclusion que les microbes se retrouvent constamment, soit seuls, soit associés, dans les suppurations périurétrales qui présentent le double caractère de produire du pus fétide et de gangrener les tissus.

Quoi qu'il en soit, la théorie infectieuse ou microbienne est aujourd'hui nettement établie et indiscutable, aussi bien pour les abcès extra-périnéaux que pour ceux de la région périnéale. Mais comment ces microbes arrivent-ils au point qui sera le foyer de l'abcès ?

En ce qui concerne les abcès de contiguïté (au niveau ou en dehors du périnée) deux opinions sont en présence. Certains prétendent que le microbe ne traverse pas l'urèthre sans l'urine, et que celle-ci est toujours le véhicule de celui-là. Dans sa thèse Damaschino s'est fait le défenseur de cette théorie. Pour lui, entre l'infiltration d'urine et l'abcès urinaire il n'y aurait qu'une différence de plus ou de moins. L'abcès serait « une instillation à doses fractionnées d'urine septique », l'infiltration « une injection massive et subite ». Il y aurait dans les deux cas

(4) Thèse, Paris, 1899.

charriage des germes pathogènes par le liquide urinaire. Segond professe une opinion semblable, regardant même la quantité d'urine épanchée comme plus importante que sa teneur en microbes.

Mais cette théorie n'a plus, aujourd'hui, que de rares partisans. En réalité la phase première et primordiale de l'abcès urinaire consiste en une péri-urétrite de nature purement microbienne et non pas urinaire ; si parfois l'urine, plus tard, fait irruption dans l'abcès, c'est un phénomène post-infectieux, surajouté. Assez nombreux sont, en effet, les cas où, dans des abcès manifestement urinaires de par leur origine, jamais on ne vit apparaître une seule goutte d'urine. Nombreux aussi sont les cas où, à l'autopsie, il fut absolument impossible, malgré de minutieuses recherches, de découvrir la plus minime perforation de l'urètre. Déjà Civiale l'avouait. En outre, comme le dit Bazy (1), le pus étant blanchâtre, laiteux, comme séreux et fluide, il est probable que cette fluidité en a souvent imposé et fait croire à tort au mélange de l'urine.

Il faut donc admettre une infection périurétrale indépendante de toute filtration de l'urine. Mais alors, comment les microorganismes du canal peuvent-ils parvenir dans les tissus avoisinant l'urètre ? Nous savons qu'en arrière du rétrécissement l'urètre présente une dilatation notable où stagne une certaine quantité d'urine, véritable bouillon de culture pour les germes ayant remonté l'urètre. Or, c'est précisément au niveau de cette poche rétro-stricturale que les lésions de la muqueuse sont le

(1) *Progrès Médical*, 1893.

plus accentuées; tantôt c'est une prolifération embryonnaire qui remplace le revêtement normal cylindrique par de multiples cellules jeunes n'ayant ni la cohésion, ni la puissance défensive des cellules adultes; tantôt, au contraire, c'est un épithélium bas, pavimenteux; dans tous les cas, il existe une congestion intense des capillaires sous-muqueux. En ce point tout est donc réuni pour faciliter la migration des microbes à travers la paroi : un terrain favorable qui augmente leur vitalité et une altération spéciale de la muqueuse uréthrale qui ne peut plus leur opposer qu'une faible résistance. Les microorganismes cheminent alors dans les espaces intercellulaires que ne protègent plus efficacement les sécrétions des cellules altérées par l'inflammation. Une fois arrivés dans les tissus péri-uréthraux, leur présence provoque de la part de ceux-ci un travail de défense aboutissant à des néoformations conjonctives; il peut même se former une véritable membrane ou coque périphérique, comme dans cette observation de Hallé (1) où l'on vit, à l'autopsie, « la cavité de l'abcès tapissée d'une membrane gris verdâtre, lisse, paraissant ancienne ». La suppuration qui se développe par fonte des tissus centraux sera ainsi circonscrite par cette sorte de barrière néoformée, et si l'urine, plus tard, fait irruption dans le foyer, son envahissement sera limité, et l'infiltration d'urine sera évitée, pour un temps du moins.

Dans la genèse de cette périurétrite, il faut tenir compte aussi de l'inflammation des glandes et des lacunes uréthrales. Cette adénite chronique, constante dans les

(1) *Soc. Anat.*, 1884.

cas de rétrécissement, consiste en desquamation, prolifération ou transformation de l'épithélium glandulaire. Chaque folliculite est pour ainsi dire un petit foyer infectieux à part; la folliculite ne tarde pas à s'accompagner de péri-folliculite à propagation de plus en plus extensive. Cette péri-folliculite est, en quelque sorte, un terrain d'appel pour les germes inclus dans la glande enflammée et marque la première étape de l'infection périurétrale. Aussi Zeissl (1) insiste-t-il tout spécialement sur l'inflammation nécrotique des follicules glandulaires situés dans la région rétrostricturale, inflammation qui, dit-il, ouvre aux agents infectieux les espaces connectifs voisins.

Ce rôle d'intermédiaire entre la muqueuse et les tissus périurétraux n'est pas exclusivement dévolu aux follicules, c'est parfois le corps spongieux qui le détient. Dans ce cas la phlébite du corps spongieux ouvre la scène. Quelquefois cette phlébite revient, pour ainsi dire, sur elle-même avant que l'inflammation se soit propagée alentour et cela atteste bien son rôle prémonitoire de l'abcès. Parmi nos observations, plusieurs relatent ces poussées inflammatoires du côté des veines du corps spongieux se résorbant après quelques jours sans passer à la suppuration (obs. 6 et 15). Legueu et Noguès, qui ont insisté, les premiers, sur l'importance de cette lésion, en ont rapporté un cas où, pendant l'opération, sa nature phlébique fut nettement reconnue. « A la section, le corps spongieux se présentait sous l'aspect d'une bande noire ressemblant assez, comme couleur, à un noyau d'apoplexie pulmonaire et, phénomène caractéristique, ne

(1) *Allgem. medic. Wiener Zeitung*, 1861.

donnant pas de sang; celui-ci paraissait coagulé à ce niveau et l'impression de tous les assistants fut qu'il s'agissait d'une phlébite du corps spongieux (1). »

La pathogénie des abcès urinaux de contiguité, péniliens ou scrotaux, est donc ainsi nettement expliquée par le cheminement des microbes dans les espaces cellulaires périurétraux.

Celle des abcès aberrants lointains est tout autre. Deux cas peuvent se présenter : 1° ou bien l'abcès n'est relié par aucun trajet à l'urètre; 2° ou bien ce trajet existe et alors, le plus souvent, une fistule urinaire s'établit.

Le premier groupe comprend seulement les abcès collectés en regard de la fosse ischio-rectale, car toutes nos autres observations d'abcès migrants signalent la formation de fistules urinaires. Comment se peut-il qu'une lésion urétrale provoque à distance une suppuration du petit bassin, comme dans une de nos observations (obs. 18)? A la rigueur, des communications veineuses pourraient être invoquées; en effet, nous dit Escat, « le paquet vasculo-nerveux (artère et veine périnéales superficielles, artère du bulbe) qui se rend au triangle ischio-bulbaire émane des troncs honteux internes, à l'angle antérieur de la fosse ischio-rectale; il sort de cette fosse et la met en communication avec la loge périnéale superficielle. » Mais c'est plutôt par la voie lymphatique que s'effectue le transport des germes infectieux. Il suffit, pour s'en convaincre, de relire l'important travail de Sappey, sur les lymphatiques de cette région. D'après les recherches de ce savant anatomiste, le riche

(1) *Ann. Génito-Urinaires*, 1893.

réseau lymphatique sous-muqueux de l'urèthre fournit, dans le segment prostatique du canal, un certain nombre d'efférents se mêlant en partie aux lymphatiques propres de la prostate, mais aussi remontant en partie le long des canaux éjaculateurs jusqu'au col de la vésicule séminale. Or, précisément, les lymphatiques de cette dernière région se jettent dans les ganglions des parois latérales du bassin. On conçoit donc facilement la possibilité d'une suppuration du petit bassin à point de départ uréthral. La collection peut, comme le fait s'est produit dans notre observation, bomber au-dessus du grand trochanter, c'est-à-dire au niveau de la fosse ischio-rectale, car on sait (1) que les fibres du releveur et ses aponévroses laissent en arrière une lacune par laquelle le pus contenu dans l'étage supérieur peut fuser dans l'inférieur.

Cette théorie pathogénique ne saurait convenir à une de nos observations (obs. 19) relative à un abcès siégeant aussi au niveau de la fosse ischio-rectale, mais entre l'aponévrose superficielle et la peau.

Comme le dit fort bien Hache, dans la discussion de cette observation, il faut admettre, étant donné le rétrécissement pénien causal, une inflammation propagée de l'urèthre au tissu cellulaire sous-cutané de la racine de la verge, ce qu'expliquent les connexions lymphatiques si nombreuses des milieux endo et péri-uréthraux à ce niveau. De ce point l'infection gagnera facilement le tissu cellulaire sous-cutané en regard de la fosse ischio-rectale, puisqu'une nappe celluleuse continue réunit les deux régions.

Quant au deuxième groupe d'abcès urinaux aberrants

(1) RICHET. — *Anatomie chirurgicale*.

(ceux qu'un trajet relie à l'urèthre et qui sont toujours suivis de fistule urinaire), leur pathogénie, à notre avis, ne s'explique qu'en faisant intervenir l'irruption antérieure de l'urine dans les tissus, au moment du traumatisme primitif. Nous avons fait remarquer, en effet, en parlant de leur étiologie, que ces abcès sont, le plus souvent, dus à un rétrécissement traumatique. Le traumatisme originel ne va pas sans provoquer toujours une effraction de l'urèthre, suivie d'uréthrorragie. A ce moment, la paroi uréthrale, étant déchirée, laissera passer, lors des premières mictions, une certaine quantité d'urine qui, dirigée par les plans aponévrotiques, se diffusera jusqu'en des régions plus ou moins éloignées. Comme, le plus souvent, cette urine est normale, aseptique, elle ne provoquera pas d'accidents infectieux; mais étant toujours irritante, sclérogène (Damaschino), sa présence parmi les tissus ne manquera pas de susciter une réaction de leur part, se traduisant par une néoformation conjonctive. Jusqu'à la cicatrisation complète de la plaie uréthrale, ce qui demande plusieurs jours, cette extravasation de l'urine se reproduira, les tissus envahis répondront, à chaque fois, par une nouvelle production scléreuse et il finira par se former un trajet plus ou moins long. Plus tard, quand le rétrécissement sera constitué et que le milieu uréthral sera devenu favorable à la pullulation des germes dans le canal, l'infection trouvera un trajet préétabli et si, dans la suite, l'ulcération nécrosive de la paroi uréthrale se produit, l'urine aura un chemin tout tracé pour arriver jusqu'au niveau de l'abcès et la fistule sera créée. Cette théorie du trajet préformé peut, seule, expliquer ce fait que l'envahissement des tissus par une urine septique donne lieu à

une fistule urinaire et non pas à une infiltration d'urine, ainsi qu'on pourrait s'y attendre.

Quant au passage de l'urine à travers la paroi uréthrale, c'est, à notre avis, un phénomène ulcératif d'ordre infectieux, lui aussi, et nous admettons, avec un de nos maîtres, M. Gangolphe (1), qu'il est dû à un sphacèle plus ou moins tardif de la muqueuse, la bactérie pyogène de Clado et Albarran pouvant acquérir des propriétés gangréneuses sous des influences que nous ignorons.

(1) Thèse de Boujol, Lyon 1897.

CHAPITRE III

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

En général, comme il ressort de nos observations, l'abcès urinaire extra-périnéal évolue d'une manière plus aiguë, plus rapide que l'abcès périnéal ordinaire. Nous n'avons pas trouvé d'abcès chronique, à marche torpide, durant plusieurs mois, sans réaction inflammatoire du côté de la peau, comme on en rencontre assez fréquemment au périnée. Même dans les cas de rétrécissement large où il semblerait que l'infection dût avoir une allure plus bénigne, nos abcès se montrent rapidement fluctuants avec rougeur de la peau et douleurs vives (obs. 10 et 15). En d'autres termes, ils donnent l'impression d'abcès chauds, à l'encontre des abcès du périnée consécutifs à des rétrécissements de gros calibre qui affectent une marche insidieuse rappelant celle des abcès froids (Tédenat).

L'apparition de l'abcès est naturellement précédée, étant donnée son étiologie, de troubles urinaires dus au rétrécissement. C'est le plus souvent une diminution

progressive de la force du jet d'urine et de sa grosseur. Le malade est obligé de faire des efforts inaccoutumés pour uriner, parfois même la miction devient douloureuse (obs. 1, 6, 10). Le jet se montre déformé, bifide ou en vrille. D'autres fois, la sténose étant plus accusée encore, l'urine s'écoule en bavant ou même ne tombe plus que goutte à goutte (obs. 26). Enfin il est des cas de rétrécissement large où aucun symptôme dans l'émission des urines n'apparaît et où rien ne peut faire prévoir la formation possible d'un abcès urinaire.

Un beau jour le rétréci s'aperçoit de l'apparition d'une tuméfaction en un point variable. Examinons l'aspect de la lésion dans ses diverses localisations.

Au pénis c'est une nodosité de la grosseur d'une noix environ, qui est comme plaquée contre la paroi inférieure de l'urèthre. Dure, indolente les premiers jours, elle donne au doigt l'impression d'un corps ferme et élastique analogue à celle que donne une petite balle de caoutchouc plein. La peau, de coloration normale, est encore libre de toute adhérence et mobilisable sur les plans sous-jacents. Les tissus voisins ne sont pas sans ressentir le contre-coup de la lésion; leur circulation veineuse étant gênée, un œdème se produit, envahissant la verge tout entière et quelquefois le scrotum; il peut même se produire (obs. 2) un paraphimosis assez volumineux pour nécessiter l'emploi des ciseaux. Mais bientôt, le troisième ou quatrième jour, des douleurs apparaissent, vives, lancinantes, en même temps que la peau adhère à la tumeur et que celle-ci se ramollit de plus en plus. La fluctuation devient nette, la peau rougit; finalement, du huitième au dixième jour, une ouverture se produit par où s'écoule

un pus fluide, laiteux et peu consistant. Parfois, au cours de l'évolution de ces abcès, la paroi uréthrale cède en un point par sphacèle inflammatoire et grâce à cette communication on peut faire refluer par la pression le pus dans l'urèthre, comme l'observation 10 en fournit l'exemple.

Les abcès urineux du pénis donnent souvent, quand ils s'accompagnent de décollements profonds dans les tissus du pénis et dans le gland lui-même, la sensation de lésions néoplasiques ou syphilitiques du pénis. La région envahie double et triple de volume, les corps caverneux et spongieux, disséqués par la suppuration, s'indurent considérablement; on pourrait penser à des chancres indurés sous phimosis, ou à des syphilomes caverneux, si on n'avait pas les renseignements et surtout les fistules ouvertes de ci et de là pour éclairer le diagnostic. De même, dans quelques cas très nets nous avons vu ces pénis turgides, durs, fistuleux, pouvant en imposer pour des infiltrations bacillaires périuréthrales étendues. Un de nos malades est typique à cet égard (obs. 2).

L'abcès urineux *des bourses* se présente sous deux aspects cliniques bien différenciés : parfois son allure est celle des abcès de la verge. On sent dans la traversée des bourses et accolée à l'urèthre une tuméfaction dure qui peut atteindre la grosseur d'un œuf et qui présente une évolution semblable à celle que nous venons de décrire. Dans ces cas, les parois du scrotum paraissent indépendantes du processus (obs. 10, 11, etc.). Mais assez souvent le tableau morbide est tout autre. Tout à coup, les bourses sont le siège de douleurs vives, exagérées par la pression. Une rougeur diffuse envahit la totalité des parois scrotales qui sont chaudes et uniformément lisses. On se

croirait en présence de phénomènes phlegmoneux. Puis un certain point proémine davantage, fluctue et s'ouvre. Cette diffusion de l'inflammation du scrotum tout entier s'explique par la laxité remarquable du tissu cellulaire sous-cutané.

De même, quand un abcès urineux occupe la fosse ischio-rectale, toute cette fosse est envahie. On le conçoit facilement quand on se souvient de la quantité de tissu cellulo-graisseux qui remplit cette sorte de poche. Mais ici l'inflammation n'apparaît pas aussi nettement, aussi franchement qu'au scrotum, vu la profondeur à laquelle siège l'abcès. C'est seulement assez tard que la peau se prend et rougit. Précisément, il y a là un danger : ces abcès, donnant peu de signes extérieurs de leur existence, peuvent passer inaperçus assez longtemps, et il en peut résulter des décollements lointains, une extension vers la profondeur, quelquefois même des phénomènes d'infection générale. D'ordinaire il est inutile ici, du moins dans les premiers jours, de rechercher la fluctuation : les seuls symptômes sont une sensation de tension profonde, parfois des douleurs vives qui rendent la position assise impossible. A peine au palper peut-on sentir un peu d'empâtement et cela à une période déjà avancée. Tillaux, à propos des abcès de la fosse ischio-rectale en général, attache une grande importance à un symptôme : la difficulté d'uriner qui serait due, d'après lui, à la compression de l'urèthre par la collection. Dans nos observations, nous ne trouvons pas noté ce symptôme : probablement, nos malades étant des rétrécis, c'est-à-dire urinant déjà difficilement, on ne pouvait juger de l'influence de la nouvelle lésion sur la miction. Il est encore une remarque à faire

à propos de ces collections urineuses, c'est la fétidité toute spéciale du pus, odeur le plus souvent fécaloïde et repoussante. Parfois même, il s'y développe des gaz et l'on peut au palper percevoir de la crépitation. Ces divers caractères sont empruntés au voisinage du rectum et il n'y a pas lieu de s'en étonner : ne sait-on pas que les abcès des fosses iliaques acquièrent, de par le voisinage du gros intestin, une fétidité pathognomonique de leur siège ? La chose s'explique aisément par les propriétés physiques des membranes : ici, la paroi rectale permettant l'exosmose des gaz de la cavité intestinale dans celle de l'abcès.

Nous n'insisterons pas sur les abcès de la paroi abdominale, de la partie supérieure de la cuisse ou du dos. Leurs caractères sont identiques à ceux des collections péniennes : tumeur dure, bien limitée, qui s'abcède au bout d'une douzaine de jours. « Le ventre éclate », selon l'expression du malade de Vallette (obs. 22). Il en résulte le plus souvent une fistule urinaire. Il semble en effet que ces abcès abdominaux ou cruraux ont une tendance particulière à donner lieu après ouverture à ces fistules : toutes nos observations signalent des fistulisations persistantes qui ne cèdent qu'au traitement. Il en faut voir la cause dans l'étroitesse des rétrécissements qui leur donnent naissance, rétrécissements qui, comme nous l'avons vu, sont filiformes ou mêmes infranchissables : l'urine ayant plus de difficulté à passer par l'urèthre tend naturellement d'autant mieux à chercher une autre issue.

Quant aux phénomènes fébriles ou généraux ils sont en général peu intenses. Au moment où se produit la suppuration la température monte à 38°, 38°,5, 39° au maximum avec quelques frissonnements et une réaction

générale assez atténuée. Tous phénomènes qui disparaissent avec l'ouverture de l'abcès.

Il est assez fréquent, comme en témoignent nos observations, de voir les abcès urinaires récidiver soit au même point, soit en d'autres régions plus ou moins éloignées. En effet la cause de tout le mal, c'est-à-dire le rétrécissement, persistant, l'abcès qui en est la conséquence doit fatalement se reproduire. Aussi est-il très important de savoir reconnaître la nature de ces abcès pour en pouvoir traiter le rétrécissement causal.

Il faudra pour cela tenir compte des caractères de la tuméfaction et en particulier de sa dureté. Mais le diagnostic se basera surtout sur la coïncidence de troubles de la miction et sur les commémoratifs se rapportant à des blennorrhagies ou à un traumatisme antérieur. Enfin, point capital, il faudra dans tous les cas d'abcès avoisinant le canal excréteur de l'urine avoir pour règle de recourir à l'exploration de l'urèthre d'abord avec une bougie calibre 18, puis avec des numéros de plus en plus faibles. Cette exploration se fera méthodiquement et avec une grande douceur pour ne pas encourir le danger de perforer la paroi uréthrale toujours friable en pareil cas, ce qui pourrait provoquer soit une infiltration d'urine, soit des accidents d'intoxication urinaire. Il faudra s'aider de tout ce faisceau de signes pour établir solidement le diagnostic, car, tandis qu'au périnée, lieu d'élection des abcès urinaires, l'on songe de suite à la possibilité de leur existence, ici, le siège étant anormal, l'esprit a plutôt tendance à penser à d'autres productions pathologiques.

Au niveau de la verge les abcès périuréthraux blennorrhagiques ressemblent comme symptomatologie à ceux

qui nous occupent. Mais ils évoluent au cours d'une blennorrhagie aiguë, ce qui suffirait à les distinguer des abcès urineux qui, nous l'avons établi, ne sont l'apanage que des inflammations chroniques de l'urèthre. D'autre part, ces abcès consécutifs à une folliculite uréthrale ont d'ordinaire les dimensions d'une fève, tout au plus d'une noisette et n'acquièrent pas celles plus volumineuses des abcès urineux péniens.

La périurétrite tuberculeuse, bien décrite par Englisch (1), débute par une inflammation du canal, gagnant les tissus alentour où bientôt se forme « une tumeur indolore qui met longtemps à perforer la peau ». Le liquide qui s'en écoule est séreux et grumeleux. Les parois de l'abcès sont couvertes de fongosités pâles, molles. L'orifice fistuleux a ses bords décollés, blafards, bien différents de l'aspect vermeil que présentent les bourgeons charnus d'un abcès urineux ouvert. La muqueuse uréthrale est dépolie, plissée, très friable. Enfin le point de départ du processus est presque toujours la glande de Cooper; au pénis la lésion est très rare. L'absence de rétrécissement, les antécédents pathologiques du malade, l'état de ses poumons et surtout de ses épидидymes, de sa prostate et de ses vésicules séminales auxquels la tuberculose se généralise rapidement, devront entrer en ligne de compte. Enfin la recherche des bacilles de Koch, l'inoculation au cobaye, le séro-diagnostic tuberculeux trancheront la question en dernier ressort.

Parfois une dilatation de l'urèthre, un diverticulum de la muqueuse pourront en imposer pour un abcès urineux.

(1) *Allg. Wien. med. Zeitung*, 1891.

Il se formera ce qu'on a appelé un dépôt urinaire que Chopart rattachait à une rupture minime de l'urèthre et qu'il considérait à tort comme le premier degré de l'abcès urinaire. Mais ces productions sont exceptionnelles, ne s'accompagnent ni de phénomènes inflammatoires, ni de fièvre et se voient enfin facilement dans l'urèthre par pression en donnant lieu à un écoulement d'urine et non de pus.

Enfin le diagnostic avec un épithélioma au début pourrait se poser. Comme dans l'abcès urinaire les douleurs sont vives, la tuméfaction dure ; mais l'absence d'antécédents urinaires, l'engorgement des ganglions de l'aîne, la cachexie spéciale des cancéreux, l'évolution ultérieure du néoplasme feraient rapidement cesser l'hésitation.

Nous avons parlé déjà, à propos des symptômes, de la ressemblance qu'offrent ces abcès avec les chancres indurés sous phimosis et les syphilomes caverneux. Nous ne ferons que la rappeler ici pour mettre en garde contre une erreur préjudiciable au malade puisqu'elle conduirait à retarder l'intervention pour administrer le traitement spécifique, d'une parfaite inutilité en pareil cas.

Aux bourses, nous avons vu que l'abcès urinaire pouvait revêtir deux aspects différents : tantôt s'accompagnant d'inflammation vive de tout le scrotum, tantôt se bornant à un foyer bien limité de périurétrite profonde. Dans le premier cas il pourra prêter à confusion avec toutes les infections des parois scrotales d'origine externe ou interne : avec les inoculations septiques des bourses fréquentes dans les pénitenciers militaires d'après Brault d'Alger (1) ; avec les abcès du scrotum à bacilles d'Eberth

(1) *Arch. Prov. de Chirurgie*, 4^{re} mai 1899.

ou de Loeffler; parfois avec les épидidymites blennorrhagiques suppurées que l'on rencontre quelquefois, quoiqu'elles soient exceptionnelles (obs. du Dr Guelliot) (1). Le diagnostic se fera facilement grâce aux commémoratifs et à l'examen du canal.

L'hydrocèle, l'hématocèle ne prêteront pas à l'erreur, car dans ces affections le processus essentiellement chronique se passe dans la vaginale et ne s'accompagne pas de réaction du côté de la peau qui est mobile sur les plans sous-jacents.

De même, une fistule tuberculeuse dépendant d'un testicule infecté par le Koch se reconnaîtra facilement au palper qui fera sentir un cordon dur (le trajet fistuleux) reliant la fistule à la tête de l'épididyme hypertrophiée avec des points de consistance inégale.

Quant aux périurétrites profondes attenantes à l'urèthre elles ne peuvent de par leur siège se confondre avec aucune autre affection, les kystes du cordon, les hernies n'ayant pas de connexions avec les tissus périuréthraux.

Les abcès urinaires de la fosse ischio-rectale seront à distinguer des abcès de la même région symptomatiques d'une ostéite tuberculeuse de l'ischion. Mais ici, nous trouverons un point osseux douloureux à la pression, le pus se montrera séreux avec des grumeaux en suspension et un stylet introduit dans la fistule donnera la sensation pathognomonique de l'os dénudé de son périoste. Les abcès ischio-rectaux dépendant d'une affection du rectum ou de la prostate se reconnaîtront aux symptômes particuliers à cette affection et aux renseignements négatifs que fournira le cathétérisme de l'urèthre. Toutefois les

(1) *Union Méd. Nord-Est*, 1899.

phénomènes de rétention signalés par Tillaux comme un signe fréquent des abcès ischio-rectaux en général pourraient donner le change : mais ces phénomènes cessent après l'ouverture de ces abcès, tandis que dans le cas d'abcès urinaires, les symptômes du rétrécissement causal persistent sans modification.

La hernie ischiatique pourrait, parfois, en imposer; mais ses caractères de sonorité, de gargouillement, de réduction possible le plus souvent, son siège spécial suffiront pour mettre sur la voie du diagnostic.

A l'hypogastre, une hernie de la vessie pourrait faire croire à la présence d'un abcès urinaire aberrant et l'ouverture de cette pseudo-collection ménagerait une désagréable surprise à l'opérateur. Le fait ne se produira pas s'il a pris soin de palper soigneusement, de reconnaître l'anneau fibromusculaire qui a livré passage au réservoir urinaire, si, enfin, il constate la non-inflammation de la tumeur. Le signe pathognomonique suffirait, d'ailleurs, à lui seul, pour convaincre : en sondant le malade on s'apercevra que la tumeur s'efface et disparaît en même temps que l'on vide la vessie.

Au niveau du sillon génito-crural peuvent se rencontrer des abcès d'origine osseuse (souvent vertébrale), des hernies; les caractères différentiels sont identiques à ceux signalés à propos de la fosse ischio-rectale.

Enfin, à la région hypogastrique, aussi bien qu'à la cuisse ou au dos, les tumeurs solides comme le fibrome et, surtout, le lipome demanderont à être séparées des abcès urinaires aberrants. La dureté permanente du fibrome, la lobulation du lipome, sa consistance pâteuse spéciale rendront ce diagnostic facile. Nous ne faisons que signaler ces cas pour la forme.

CHAPITRE IV

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

L'abcès urinaire en lui-même, quel qu'il soit, offre peu de gravité. Mais ce qui est à craindre c'est sa transformation possible en une infiltration d'urine. Cette substitution paraîtrait rare si l'on s'en tenait aux observations qui la signalent. Mais ils doivent être bien nombreux les cas où l'infiltration a pour origine un abcès urinaire passé inaperçu. Aussi le professeur Guyon affirme-t-il que tout abcès urinaire est une menace d'infiltration. De même que ceux du périnée, les abcès extrapérinéaux sont sujets à cette fâcheuse complication : l'observation 4 en est un exemple typique; à l'occasion d'un effort le malade porteur d'un abcès urinaire pénien, encore vierge de tout traitement, vit se déclarer soudainement une infiltration de la verge et des bourses.

Il est une autre complication qui, si elle n'offre pas les dangers de la précédente, n'en est pas moins pour le malade une source de tourments continuels. Je veux parler de la fistule urinaire qui succède fréquemment à

l'ouverture de l'abcès. Tantôt l'écoulement d'urine suit immédiatement l'intervention, tantôt, plus souvent, un certain laps de temps l'en sépare. Au pénis, aux bourses, au creux ischio-rectal la fistulisation peut manquer (obs. 10, 12, 17, 19); à l'hypogastre et à la cuisse elle est la règle. L'inconvénient de cette fistule est d'autant plus grand qu'elle n'a jamais de tendance à la guérison spontanée.

Enfin, signalons la récurrence presque inévitable de l'abcès si on ne fait que le traiter lui-même. Le rétrécissement causal n'étant pas supprimé, toutes les conditions pathogéniques persistent au même degré et une réinoculation des tissus périuréthraux est en quelque sorte fatale.

Il faut donc à la fois traiter l'abcès et le rétrécissement.

L'abcès, dans tous les cas, demande une intervention hâtive, car sa transformation possible en infiltration d'urine grave est un danger permanent qu'il faut s'empresse de conjurer. On l'incisera donc largement au plus tôt. On drainera la cavité pour faciliter l'écoulement du liquide pathologique et éviter toute rétention nuisible au bourgeonnement des parois.

Quant au traitement de la sténose uréthrale, aurons-nous les mêmes scrupules que l'école de Necker, qui s'abstient non seulement de toute intervention sur le canal, mais aussi de toute exploration uréthrale, avant que quinze jours aient suivi l'ouverture de l'abcès? Nous pensons qu'une antisepsie méthodique du canal et une asepsie soigneuse des instruments nous permettent aujourd'hui de nous départir de ce rigorisme thérapeutique justifié jadis. Car, le plus souvent, ce n'était pas au voisi-

nage de l'abcès qu'il fallait attribuer les mécomptes opératoires, mais bien à la septicité du milieu endouréthral; n'obtenait-on pas des accidents infectieux analogues au cours d'uréthrotomies internes pour rétrécissement non compliqué d'abcès, alors qu'en suivant les règles antiseptiques modernes ces accidents sont devenus exceptionnels? Dans une thèse toute récente (1) Besserve, à la suite de M. Routier, préconise cette intervention simultanée. De plus, dans notre cas particulier, lorsqu'il s'agit d'abcès aberrants lointains, cette distance même du foyer abcédé permet de considérer l'urèthre comme étant à l'abri de toute propagation inflammatoire partie de l'abcès. Pourquoi alors multiplier les interventions et prolonger sans nécessité la durée du traitement? Il est donc indiqué, à notre avis, de traiter dans la même séance l'abcès et le rétrécissement causal.

La thérapeutique à appliquer à l'urèthre sténosé peut varier suivant les cas.

S'il s'agit d'un abcès urinaire consécutif à un rétrécissement blennorrhagique et situé dans le voisinage immédiat du canal, la ligne de conduite sera analogue à celle suivie d'ordinaire pour les abcès périnéaux puisque les conditions sont identiques. Le plus souvent on pourra par la dilatation progressive au moyen des béniqués arriver à rendre au canal son calibre normal. Si la sténose est très serrée, il sera nécessaire de procéder à sa divulsion par l'uréthrotomie interne ou l'électrolyse. Mais dans l'un et l'autre cas l'intervention devra être complétée par une dilatation méthodique et continuée longtemps, car, ainsi

(1) BESSERVE, thèse Paris, novembre 1900.

que l'ont formulé Albarran et les divers rapporteurs du dernier Congrès de chirurgie, sans cette précaution la sténose se reproduit fatalement et à brève échéance.

Quant à l'abcès lointain, séparé de l'urèthre par une épaisseur plus ou moins considérable de tissus sains, il peut être dû soit à un rétrécissement blennorrhagique, soit à un rétrécissement traumatique. Dans le cas de rétrécissement blennorrhagique c'est encore et surtout à la dilatation progressive que l'on donnera la préférence. Mais s'il s'agit de sténose traumatique étroite, filiforme, comme c'est l'ordinaire, l'uréthrotomie externe sera l'intervention de choix. En effet l'uréthrotomie interne ne donnerait que des résultats illusoires : le tissu cicatriciel, qui, consécutivement à un traumatisme, entoure l'urèthre comme d'un manchon scléreux, reproduirait bien vite la sténose primitive, étant donnée sa tendance rétractile toute particulière. Il faut exciser ces tissus fibreux périuréthraux, faire l'ablation du rétrécissement lui-même, puis réunir les deux bouts de l'urèthre ainsi libéré. Parfois, comme dans plusieurs de nos observations, le bout postérieur revenu sur lui-même et perdu au milieu des tissus cicatriciels ne peut être trouvé ; dans ces cas le cathétérisme rétrograde pourra le faire découvrir et permettre de mener à bien la suture des deux tronçons du canal. Il se peut même (obs. 26) qu'uréthrotomie externe et cathétérisme rétrograde échouent ; la dernière ressource alors, bien précaire il est vrai, sera la création d'un méat hypogastrique pour permettre l'écoulement de l'urine et la fermeture des fistules.

Car celles-ci, nous l'avons vu, sont souvent le reliquat d'abcès urineux aberrants et ne vont pas sans être pour le

malade un sujet de tourments continuels. Le plus souvent le traitement judicieux du rétrécissement qui entretient ces fistules suffira à les faire disparaître. Mais, parfois, elles se montrent rebelles et réclament une intervention particulière ; leur cautérisation au nitrate d'argent ou au fer rouge s'impose alors. Dans le cas de trajet ancien induré, perceptible au travers des tissus comme un cordon rigide, il faudra cureter énergiquement et aviver les surfaces ; ou bien, suivant en cela l'exemple de notre maître, M. Rochet, et comme il l'a pratiqué avec un plein succès sur un malade atteint d'une large fistule pénienne depuis plusieurs mois (obs. 2), isoler la partie profonde du trajet de sa portion superficielle, de façon à en interrompre la continuité et à faire cesser leur correspondance en pratiquant leur suture isolée et en faisant glisser ces deux portions l'une sur l'autre, pour les juxtaposer de continues qu'elles étaient.

OBSERVATIONS

PREMIER GROUPE

Abcès urinaire de contiguité (pénis et bourses)

OBSERVATION 1 (inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur ROCHET

Abcès urinaire de l'angle pénio-scrotal consécutif à un rétrécissement pénien d'origine blennorrhagique.

C... André, soixante-sept ans, né à Aveyron, entré le 12 octobre 1900, salle première, n° 7 (clinique des voies urinaires de l'Antiquaille).

Le malade a eu, il y a plusieurs années déjà, trois blennorrhagies suivies de rétrécissement et traitées dans le service de M. le professeur Augagneur. Pas de traumatismes. Bonne santé générale habituelle. Depuis quelques mois le malade s'apercevait que la miction devenait difficile, douloureuse pendant toute sa durée et ne pouvait avoir lieu qu'après bien des efforts. Le jet n'avait plus de force, l'urine tombant du méat en bavant.

Il y a cinq ou six jours, C... vit les douleurs de la miction devenir de plus en plus vives et la difficulté d'uriner s'accroître. Bientôt une tuméfaction apparut au-dessous de la verge,

donnant lieu à peine à quelques élancements, mais sans douleurs spontanées bien accusées.

A l'entrée, on constate, au niveau de la base de la verge, immédiatement au-dessus des bourses, une petite tumeur grosse comme une noix, indurée et bien localisée au-dessus de l'urèthre. La peau est un peu rouge, la pression douloureuse. La verge tout entière est le siège d'un œdème dur. La masse indurée dans son ensemble affecte la forme d'un croissant embrassant la verge dans sa partie inférieure. La pression exercée sur elle fait sortir du pus par le méat.

Urines purulentes. Pas d'albumine. Pas de température. Bon état général. La région lombaire n'est pas douloureuse et sa palpation ne permet pas de sentir d'augmentation de volume du rein.

Le 22 octobre au matin, le malade est pris d'un violent frisson s'accompagnant d'une forte élévation de température (39°). On opère alors : l'abcès est ouvert au bistouri et on draine la cavité qu'on laisse ouverte.

L'exploration du canal montre que la bougie à boule n° 8 passe en accrochant dans la région pénienne ; la boule n° 12 ne passe pas. On dilate pendant l'opération extemporanément le canal jusqu'au n° 18 (filière Charrière) et on laisse une sonde calibre 18 à demeure.

Enfin l'on fait une circoncision au malade.

Le 25 octobre on passe très facilement 16, 18 et 20 béniqués. La plaie va très bien, on supprime la sonde à demeure.

Le 7 novembre la plaie va bien. On passe les bougies en gomme n° 16, 17, 18, le passage du béniqué 16 n'ayant pu s'effectuer.

Peu à peu on arrive à passer des béniqués de plus en plus gros ; l'on arrive jusqu'au numéro 40. En décembre, la fistule pénio-scrotale continuant à laisser suinter, on la cautérise au galvano-cautère.

En janvier, cette fistule est complètement fermée et le malade sort guéri, urinant à plein jet.

OBSERVATION 2 (inédite)

(Service de M. ROCHET)

Rétrécissement pénien d'origine blennorrhagique. Abscès urinaire avec œdème dur du gland. Fistules consécutives.

B..., Antoine, trente-trois ans, peintre-plâtrier, entré le 28 août 1900 à la clinique des voies urinaires, salle première, n° 3.

Santé générale assez précaire; le malade est pâle et amaigri; cependant, pas de signes positifs à l'auscultation des sommets. Il y a quinze ans le malade eut une blennorrhagie aiguë qui, mal soignée, se transforma en un écoulement chronique ayant duré près de deux ans. Dix ans après le début de l'inflammation uréthrale les symptômes d'un rétrécissement se manifestèrent; le malade consulta un médecin qui lui fit plusieurs séances de dilatation progressive. Depuis ce moment le malade se passait lui même de temps en temps des sondes lorsque les difficultés de la miction augmentaient.

Il y a cinq mois environ une tuméfaction dure apparut au niveau du sillon balano-préputial. Des douleurs vives se firent bientôt ressentir en même temps que la fluctuation apparaissait de plus en plus manifeste et que la peau rougissait. Puis l'abcès s'ouvrit à l'intérieur donnant issue à un pus assez fluide.

En même temps, tandis que l'abcès urinaire évoluait, un paraphimosis volumineux s'était formé; le médecin ne put le réduire qu'en s'aidant d'une incision dorsale.

Depuis, l'ouverture de l'abcès s'est refermée en partie, mais trois fistules persistent.

Actuellement, on constate un œdème dur du prépuce et de la verge. Sur celle-ci, à l'union de son tiers antérieur et de son tiers moyen et sur sa face inférieure, existe une fistule assez grande, par où l'urine passe au moment de la miction et que le

malade est obligé de boucher avec le doigt pour arriver à uriner par le méat. Sur le gland se voient aussi deux fistulettes à orifice très étroit ne donnant passage qu'à un liquide mucopurulent verdâtre. Le gland et la partie antérieure du pénis donnent au toucher la sensation d'une induration considérable et sont du reste triplés de volume.

A l'exploration de l'urèthre la boule n° 9 passe facilement, le n° 18 en accrochant, le n° 11 ne peut franchir une stricture assez serrée dans la région pénienne au niveau de la fistule.

Pas d'albumine. Les urines sont claires, l'épreuve des verres est négative. Au toucher prostatique la glande est grosse, elle bombe, mais elle est très souple et ne présente pas d'inégalité de surface.

Le 13 septembre, opération. Les tissus infiltrés du gland sont incisés au niveau des fistulettes ; cette incision donne issue à un pus grumeleux mélangé à de l'urine. On curette alors par ces ouvertures tous les tissus profonds du gland et on s'aperçoit que ces décollements glandaires se prolongent dans le pénis jusqu'au niveau de la fistule sous-pénienne principale. Puis on attaque celle-ci en décollant soigneusement ses bords de façon à ce que le décollement se fasse sur deux plans, un premier plan de décollement correspondant à la partie profonde uréthrale de la fistule, le deuxième plan de décollement correspondant à la partie cutanée de la fistule, ce qui fut facile étant donnée l'épaisseur des tissus à ce niveau en raison de l'inflammation chronique. Les deux lèvres du décollement profond furent suturées à part. On fit glisser sur un des côtés du pénis les deux lèvres du décollement superficiel, pour qu'il cessât de correspondre aux deux lèvres du décollement profond et on les sutura isolément. De petites mèches de gaze furent placées dans les débridements du gland et du pénis et une grosse sonde à demeure fut laissée.

Le malade guérit très bien de tous ses accidents et de toutes ses fistules.

OBSERVATION 3 (inédite)

Due à l'obligeance de M. ROCHET

Rétrécissement pénien blennorrhagique ; abcès urinaire de la verge avec induration et œdème simulant des accidents syphilitiques.

X..., âgé de trente ans, porteur d'un rétrécissement blennorrhagique du canal de l'urètre siégeant tout près du méat (à deux centimètres environ du méat). Le méat du reste est lui-même sténosé et il n'admet guère qu'une sonde n° 13 ou 14.

Le malade avait été traité par la dilatation à différentes reprises. Il n'avait jamais présenté d'accidents graves dus à son rétrécissement. Peu à peu il se forma un petit abcès sous-urétral de la grosseur d'une petite noisette au-dessous de la partie moyenne de l'urètre pénien. Ce petit abcès fut négligé n'étant pas douloureux, s'ouvrit spontanément du côté de la peau et donna lieu à une fistule urinaire mais indirecte, une partie de l'urine coulant pendant la miction à la fois par le méat et par la fistule. Peu à peu la partie antérieure du pénis et surtout le gland devinrent le siège d'une infiltration inflammatoire dure, scléreuse, douloureuse même au toucher et la miction devenant de plus en plus gênée, le malade vint consulter M. Rochet.

On constata alors, outre la fistule signalée, qui laissait du reste échapper plus de pus que d'urine véritable, un gonflement considérable de la partie antérieure du pénis avec rougeur, œdème du prépuce qui était en état de phimosis et au-dessous une infiltration de dureté ligneuse du gland. La pression de cette région douloureuse faisait sourdre du pus en assez grande abondance par le méat, pus grumeleux et mélangé à une certaine quantité d'urine.

Une opération fut décidée. Après section large du méat un stylet introduit dans le canal fit reconnaître à deux centi-

mètres environ en arrière du méat, l'existence d'une dilatation considérable, une véritable cavité abcédée ayant disséqué tous les tissus profonds du gland, communiquant en partie avec la fistule sous-pénienne, en partie avec une toute petite fistulette que le phimosis avait empêché de voir et qui siégeait dans la partie latérale gauche du sillon balano-préputial. Étant donnée l'induration considérable du gland, si l'on n'avait pas eu les renseignements et les fistules pour se guider, l'induration du pénis disséqué et sclérosé par l'abcès ressemblait absolument à un pénis atteint du chancre induré sous phimosis ou encore de gomme du corps caverneux. Le rétrécissement, cause initiale des accidents, fut largement sectionné avec l'uréthrotome de Maisonneuve. Tout le pénis abcédé fut nettoyé avec une petite curette en passant par l'urèthre et fut comme évidé des tissus fongueux qui l'avaient creusé absolument comme dans l'observation 2. Un petit drain fut placé, passant d'une part à travers la fistule sous-pénienne et de l'autre par la fistule balanique et fut laissé à côté de la sonde laissée à demeure.

La réparation de tous ces désordres fut assez longue. Mais le malade guérit complètement car on eut soin d'entretenir soigneusement la dilatation du canal et de maintenir large l'ouverture du méat.

OBSERVATION 4

(ARIBAUD, Th. Paris 1861.)

Rétrécissement pénien d'origine blennorrhagique, abcès urinaire de la verge, infiltration d'urine consécutive.

Jean-Marie J..., cinquante-trois ans, marbrier. Blennorrhagie il y a quinze ans. Depuis, pas de troubles urinaires si ce n'est une diminution du jet.

Il y a deux mois, sans aggravation du léger état de gêne habituel, ce malade a vu se développer une petite tumeur à la partie antérieure de la verge. L'émission des urines devint plus diffi-

cile à mesure que la tumeur se développait. En même temps le malade perçut une douleur, une cuisson dans le canal à son niveau au moment de leur passage. Quelques jours avant son entrée il remarqua qu'il s'écoulait du pus par la verge.

A son entrée, le 16 août, on constate l'existence d'un petit abcès du volume d'une noix situé à 7 centimètres du méat, se vidant en partie dans le canal par la pression ; au même niveau existe un rétrécissement qu'on n'essaie pas de franchir. Le malade urine, mais par un jet assez petit.

Le 19, pendant la nuit, le malade, qui n'avait encore subi aucun traitement, se lève pour uriner ; selon son habitude, il fait quelque efforts, aussitôt il perçoit une sensation de déchirure accompagnée d'anxiété générale, de tendance à la syncope, d'une douleur dans tout le côté droit du corps ; il ne peut uriner.

Le lendemain, à la visite, on constate une infiltration aiguë de la verge et du scrotum. On pratique deux larges incisions : l'une au périnée en arrière, l'autre au niveau de l'abcès, suivies d'une cautérisation superficielle. Depuis cette époque, le malade, qui a uriné par l'incision antérieure dès le début, conserve à ce niveau une fistule.

Le 28, il est en bon état.

OBSERVATION 5

(LADDROITE, Th. Paris, 1886.)

Phimosis serré. Blennorrhagie. Abcès urineux multiples sur la verge hypertrophiée. Oblitération de l'urèthre antérieur.

Hippolyte D..., trente-deux ans, entré le 1^{er} mai 1882.

Bonne santé antérieure. Phimosis assez serré existant depuis sa naissance, mais n'ayant jamais donné lieu à aucun accident. Il remarquait seulement que le jet de l'urine était toujours

petit et ne dépassait pas la grosseur d'une ficelle de fouet. Sa force de projection était cependant considérable.

Il y a deux ans, blennorrhagie qui fut très aiguë. A deux ou trois reprises cet écoulement devint sanguinolent sans raison connue. La blennorrhagie dura trois mois à l'état aigu et fut traitée exclusivement par des tisanes.

Depuis lors elle passa à l'état chronique avec uréthrorrhée assez abondante. Il y a six mois (dix-huit mois après le début de la chaude-pisse) survint un empâtement douloureux à la partie inférieure du pénis, en avant de la racine des bourses, puis un abcès se forma et s'ouvrit naturellement. Il en résulta une fistule par laquelle l'urine se mit à couler pendant la miction. La partie antérieure de l'urèthre ne donnant plus passage à ce liquide se rétrécit progressivement et finit par s'oblitérer.

Pendant ce temps le pénis était devenu le siège d'une augmentation de volume considérable portant surtout sur la partie antérieure et sur le prépuce. Divers abcès s'étaient formés en arrière du premier et avaient donné lieu à autant de trajets fistuleux.

A l'entrée : le pénis très volumineux atteint la grosseur du poignet d'un adulte, dureté considérable donnant la sensation d'un tissu sclérosé. Prépuce très hypertrophié recouvre complètement le gland sauf un petit orifice admettant une sonde de moyen calibre.

Vers la racine des bourses on sent sur la verge deux ou trois noyaux de la grosseur d'une noisette. En explorant les trajets fistuleux à l'aide d'un stylet on tombe dans des foyers anfractueux dans lesquels l'instrument ne peut pénétrer au delà de 1 centimètre. Une de ces fistules laisse passer l'urine pendant la miction, mais il est impossible de faire pénétrer par elle un instrument dans l'urèthre ou la vessie. Toute la partie de l'urèthre située en avant d'elle est complètement imperméable et il est impossible d'y engager un stylet par le méat. En arrière les autres fistules ne laissent suinter que quelques gouttelettes de pus sans urine.

Le 7 mai on opère le malade de son phimosis. Le lendemain

M. Després enfonce un trocart à travers les tissus indurés jusqu'à la fistule et le remplace par un drain qui est fixé à demeure.

Le 4^{er} juin uréthrotomie externe sans conducteur, on fait arriver une sonde dans la vessie tandis qu'on engage son autre extrémité dans l'urèthre artificiel antérieur. Après vingt-trois jours le malade se sonde lui-même.

Le 25 août : le malade urine facilement, toute l'urine passe par le méat. Les fistules sont complètement cicatrisées.

OBSERVATION 6 (résumée)

(DESNOS, *Annales des organes génito-urinaires* 1887.)

Étroitesse congénitale du méat. Absès urineux du périnée et du pénis. Fistulisation. Guérison par le débridement du méat.

R..., trente-deux ans, facteur.

A toujours eu de la peine à uriner; lenteur des mictions; parfois même douleur sourde au niveau du périnée quand il faisait effort pour pisser.

A vingt-trois ans un gonflement douloureux du périnée survint qui disparut après quelques jours de repos au lit.

Il y a quatre ans le périnée se tuméfia de nouveau, un abcès s'y forma, fut ouvert et donna naissance à une fistule par où l'urine suintait pendant et surtout après la miction.

Les difficultés de la miction augmentaient toujours et il y a un an la verge commença à se tuméfier, des douleurs lancinantes y apparurent et au bout de quelques semaines le malade aperçut dans le sillon balano-préputial à gauche une petite tuméfaction qui s'ouvrit et donna issue à du pus, puis à de l'urine. Cette fistule ne s'est pas tarie depuis lors, mais son orifice est masqué aujourd'hui par le développement du prépuce. Deux autres fistules s'établirent d'une manière analogue à droite du prépuce près du frein.

Depuis nouvel abcès périnéal, qui s'ouvre et se fistulise.

A l'entrée le 4 juillet 1883 : la verge est doublée de volume par des masses immobiles d'une dureté cartilagineuse semblant ne faire qu'un avec les corps caverneux. Le prépuce sous la forme d'un bourrelet sclérosé masque le sillon balano-préputial. Entre le prépuce et le gland existe un suintement purulent qui exhale une forte odeur ammoniacale.

Scrotum un peu œdédié. Deux fistules au périnée.

Le méat est haut placé sur le gland; son orifice n'admet qu'une bougie n° 5. Celle-ci parcourt la partie profonde du canal sans rencontrer d'obstacle. Pas de distension vésicale.

État général assez mauvais, 39°. Langue sale, anorexie, frissons.

Une bougie filiforme à demeure facilite la miction et diminue l'écoulement par les fistules.

Le 6 juillet, débridement du méat avec l'uréthrotome de Civiale. La bougie à boule n° 18 parcourt alors librement le canal. On place une sonde à demeure.

Le 8 juillet, 37°5. On retire la sonde. Les urines légèrement troubles avant l'opération, sont devenues limpides. Le 13, les fistules périnéales sont fermées.

Le 16 août, les fistules pénienues qui, depuis l'opération, ne donnaient plus lieu qu'à un léger suintement se sont taries et fermées. L'induration pénienne a diminué. Les mictions ont lieu très facilement et sont normales. La guérison est complète.

OBSERVATION 7

(TEEVAN, *Med. Times and Gaz.*, 1881.)

Rétrécissement blennorrhagique. Abcès urinaire de la verge et du périnée. Dilatation du canal. Curetage et réunion des lèvres de la fistule. Guérison.

T... P..., trente-trois ans. Blennorrhagie à dix-neuf ans. Il fut souvent troublé par des blennorrhées qui duraient longtemps. Il y a cinq mois, il commença à uriner difficilement; deux mois

après, deux abcès se formèrent, l'un au périnée qui guérit vite, l'autre à la racine de la verge. Celui-ci laissa une fistule siégeant au pli péno-scrotal, longue de douze millimètres et large de huit millimètres. En outre, le canal était rétréci. Le malade entra à l'hôpital Saint-Pierre, le 19 mai 1873.

Je dilatai le canal, puis j'ai curé les bords de la fistule et je les ai réunis avec des sutures au fil d'argent enlevées quarante-huit heures après. Par cette opération, les trois quarts de la fistule furent fermés. Le malade partit le 9 juin. Le 28 décembre, il vint réclamer la guérison complète de son infirmité. J'ai pratiqué la même opération et j'ai eu comme résultat de fermer presque toute l'ouverture excepté un petit orifice insignifiant qui guérit après avoir été touché six fois avec le crayon de nitrate d'argent.

OBSERVATION 8 (résumée)

(ALBARRAN, *Congrès de Chirurgie*, 23 avril 1892.)

Rétrécissement blennorrhagique très serré. Absès urineux de la verge. Tumeur urineuse du périnée. Uréthrotomie interne, excision de la tumeur et des trajets. Guérison.

S..., quarante-huit ans. Bonne santé antérieure; pas de traumatisme périnéal.

A vingt-huit ans, blennorrhagie de courte durée. Depuis huit ans à peu près le malade a des troubles de la miction. Mictions fréquentes surtout depuis un an.

Il y a un an, abcès urineux à la partie moyenne de la verge ouvert spontanément et resté fistuleux.

En juin 1891, douleurs périnéales; un médecin fait une incision, il en résulte une fistule laissant passer quelques gouttes d'urine. Tentatives de cathétérisme infructueuses. Miction toutes les deux heures.

Le 26 septembre le malade entre. On constate une petite fistule siégeant à la partie moyenne de la face inférieure de la

verge ; au-dessous on sent un cordon dur qui se confond avec le canal. — Dans le périnée, tumeur urineuse du volume d'un œuf, indolente, violacée, criblée de fistules.

Le canal, d'une dureté extraordinaire, est infranchissable pour tout numéro d'exploration. On ne passe qu'une bougie filiforme.

Opération le 4^{er} octobre. Débridement du prépuce adhérent. Uréthrotomie interne d'avant en arrière. On passe ensuite une sonde à bout coupé n° 44. On enlève par morcellement la masse de tissu cicatriciel dur ainsi que la totalité des trajets fistuleux. L'urèthre est décollé et réséqué sur une longueur de 3 centimètres. La fistule pénienne est extirpée et tout autour l'urèthre gratté avec soin.

Sonde à demeure qui est laissée jusqu'au 1^{er} novembre. Quelques jours plus tard la dilatation fut commencée avec des béniqués et le 20 novembre, jour de la sortie, la fistule pénienne et le périnée étaient fermés et le canal admettait le béniqué 44.

OBSERVATION 9 (résumée)

(Thèse GEORGIADES, Paris 1890.)

*Rétrécissements blennorrhagiques. Absès urineux ; fistules.
Cautérisation. Guérison.*

X..., soixante ans, qui dans sa jeunesse avait contracté plusieurs blennorrhagies, présentait des rétrécissements multiples. Une petite tumeur apparut au milieu de la verge et à sa face inférieure. Un abcès se forma qui s'ouvrit spontanément. L'orifice fistuleux resta ouvert.

A l'examen nous avons constaté un petit orifice circulaire. L'urèthre était rétréci au-dessus de la fistule. Nous avons commencé à dilater l'urèthre et en même temps nous pratiquons des cautérisations du trajet au nitrate d'argent. Un mois et demi après le malade sortit de l'hôpital guéri de sa fistule et de son rétrécissement.

OBSERVATION 40

(Thèse LA CALLE, Paris 1893.)

Rétrécissement large. Absès urineux de la verge.

X..., âgé de trente-cinq ans, vient consulter en juin 1891 pour une induration douloureuse de la face inférieure du pénis. Il accuse dans ses antécédents plusieurs blennorrhagies dont la dernière paraît guérie depuis quatre ans. Ces jours derniers, après quelques douleurs et de la gêne dans la miction, le malade sent une induration le long de l'urèthre pénien.

A l'examen on constate vers le milieu de la face inférieure de la verge une petite tumeur rouge, dure, faisant corps avec l'urèthre : l'induration a le volume d'une pièce d'un franc.

J'incise le petit abcès qui guérit en quelques jours et après sa guérison j'explore l'urèthre qui me montre avec une uréthrite antérieure chronique un rétrécissement laissant passer un n° 20. Je puis par la dilatation arriver au n° 60 et par quelques lavages au permanganate suivis d'instillation de nitrate d'argent au niveau du bulbe guérir l'uréthrite.

OBSERVATION 41

(Thèse COTTET, Paris, 1898.)

Rétrécissements multiples. Absès urineux scrotal. Uréthrotomie interne et dilatation.

Joseph F..., quarante ans, cordonnier. En 1877, blennorrhagie suivie d'une goutte militaire qui a persisté jusqu'en 1885. En 1892, chute à califourchon sur un bastingage. Pas d'uréthrorragie, mais formation d'un abcès de la verge traité par l'incision et la sonde à demeure pendant un mois.

Depuis, difficultés de la miction pour lesquelles le malade s'est fait quelquefois des cathétérismes de l'urèthre avec une

sonde n° 42. Les mictions sont devenues plus fréquentes : trois fois la nuit, toutes les deux heures le jour; le jet est sans force. Depuis un an quelques accès de rétention qui ont cédé spontanément. Depuis huit jours les bourses enflent et sont douloureuses.

A son entrée, on constate l'existence d'un abcès urinaire gros comme une orange siégeant au niveau de la portion scrotale de l'urèthre et développé sur la ligne médiane dans le scrotum. Les bourses sont peu œdématisées, les téguments peu infiltrés, la collection est dure, assez bien limitée. État général relativement bon, pas de fièvre.

L'incision large de l'abcès donne issue à une quantité abondante de sérosité purulente grisâtre très fétide. Il n'y a pas de décollement, mais les tissus sont sphacelés et grisâtres. L'examen microscopique décèle un microbe aérobie et deux microbes anaérobies.

Suites. — La plaie se nettoie rapidement et bourgeonne très bien.

Douze jours après l'incision, exploration de l'urèthre : on trouve une série de rétrécissements de l'urèthre pénien dont un au niveau de la portion scrotale n'admet qu'une bougie filiforme. L'urèthre est largement ouvert dans la plaie. On pratique l'urèthrotomie interne et on laisse une sonde à demeure pendant quelques jours. Ensuite on fait de la dilatation avec les bougies Béniqué et le malade quitte l'hôpital le 18 décembre, ne conservant plus qu'une petite fistule.

OBSERVATION 42

(Thèse NOGUÈS, Paris, 1892.)

Rétrécissement blennorrhagique. Abcès urinaire dans la traversée des bourses.

B..., cinquante-six ans, entré le 42 mai 1891, a eu il y a sept ou huit ans un écoulement qui a duré plusieurs mois.

L'explorateur n° 15 passe et au retour accuse deux ressauts, l'un à la partie antérieure du périnée, l'autre dans la portion pénienne.

Dans la traversée des bourses on trouve une induration du volume d'un œuf et dont le début ne remonte pas à plus de cinq à six jours : incision par la face antérieure, drainage d'un petit décollement à gauche. Le 26 mai on supprime le drain et le 30 la cicatrisation est complète. Le 7 juin, uréthrotomie d'arrière en avant. Sondes à demeure. A la sortie bougie n° 20.

OBSERVATION 13

(Th. NOGUÈS, Paris 1892.)

Rétrécissements blennorrhagiques. Absès urineux au niveau du scrotum. Fistule consécutive.

D..., quarante-trois ans, entré le 3 février 1889. De vingt à vingt-deux ans il a eu deux ou trois chaudepisses et depuis douze ans il urine difficilement.

En octobre 1888, au niveau de la bourse droite absès urineux qui a laissé une petite fistule à ce niveau et une seconde à quelques centimètres au-dessous. Depuis trois semaines œdème de la bourse droite et de la verge.

On constate deux rétrécissements l'un pénien, l'autre bulbaire laissant passer la bougie n° 9.

Le 16 février uréthrotomie interne. Le 2 mars extirpation de la fistule, application légère du thermocautère. Sonde à demeure. Le 16 mars on commence la dilatation et on arrive aisément au béniqué 40 ; la fistule est fermée. Deux ans après la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION 44 (résumée)

(Th. GRÉGORY, Paris 1879. Tirée de BÖCKEL.)

*Rétrécissements blennorrhagiques. Absès urineux des bourses.
Récidive au périnée. Nouvelle récidive malgré l'uréthrotomie externe.*

D..., cinquante ans, mécanicien, vu pour la première fois en 1859. Chaudepisses antérieures. A l'entrée tumeur urineuse grosse comme un œuf de poule à la racine de la verge dans les bourses ; sa pression fait suinter du pus dans le canal. L'urine ne s'écoule que goutte à goutte et le premier cathétérisme indique un premier rétrécissement juste en avant du scrotum ; un autre plus étroit situé à la partie membraneuse n'admet qu'une bougie fine.

Incision de l'abcès qui laisse suinter l'urine par la plaie ; huit jours plus tard uréthrotomie.

Quelques mois après le jet d'urine diminue à nouveau et en 1860 un nouvel abcès urineux se forme au périnée. Bœckel fait l'uréthrotomie externe sur bougie conductrice et un mois après le malade sort guéri, la plaie s'étant complètement fermée. Mais en 1867 il était en état de récidive absolue.

OBSERVATION 45

(JURQUET, Th. Bordeaux 1894.)

*Rétrécissement large. Absès urineux des bourses
qui se fistulise.*

X..., trente-cinq ans, peintre. Une seule blennorrhagie il y a deux ans, jamais bien guérie en dépit de tous les traitements.

Il y a deux mois le malade qui urinait très bien malgré la persistance de l'écoulement passé à l'état chronique éprouva

sans motif apparent une certaine difficulté à pisser en même temps qu'il était tourmenté par une sensation de pesanteur dans la région pénio-scrotale. Deux ou trois jours après le début de ces phénomènes douloureux il s'aperçut que ses bourses se tuméfiaient, devenaient rouges, chaudes et que la région enflammée était extrêmement douloureuse. Enfin dans l'espace de huit jours son scrotum prit des proportions énormes malgré l'application d'onguent napolitain et de cataplasmes émollients et il se forma deux fistules l'une à droite, l'autre à gauche sur le scrotum. Ces fistules donnaient issue à une assez grande quantité de pus et lorsque le malade voulut uriner il s'aperçut que l'urine mêlée de pus sortait également par les fistules.

Le malade ne pisse plus qu'avec une sonde. M. le docteur de la Chapelle lui passe une bougie n° 20 qui arrive facilement dans la vessie, non cependant sans avoir réveillé une douleur assez vive à l'entrée du bulbe, preuve de l'existence à ce niveau d'un rétrécissement large. (On ne parle pas dans l'observation du traitement et de son résultat.)

OBSERVATION 16

(LADROITE, Th. Paris, 1883.)

Rétrécissement traumatique infranchissable. Absès urineux des bourses ; puis absès multiples des aines, de l'hypogastre, etc. Uréthrotomie externe : guérison.

Joseph A..., plâtrier, quarante-deux ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes. Il était tombé d'un échafaudage à cheval sur une planche dix-huit mois auparavant. Il n'y eut pas de plaie extérieure, mais une hémorragie immédiate par l'urèthre suivie de rétention d'urine. Plus tard le jet resta petit, la vessie ne se vidant qu'incomplètement.

L'excrétion de l'urine devint de plus en plus difficile. Les bourses se tuméfièrent avec douleurs vives, un abcès urineux s'y forma et fut ouvert au bistouri. L'urine trouvant là une issue facile ne sortait presque plus par l'urèthre. — Mais cette première fistule s'obturant au bout de deux mois un nouvel abcès urineux se forma à la partie supérieure de la cuisse gauche et s'ouvrit spontanément; la même chose se renouvela et des fistules urinaires s'établirent successivement dans les aines, à la partie interne des cuisses, à l'hypogastre et jusqu'au milieu de la cicatrice ombilicale.

A l'arrivée on voit la verge au niveau du pubis comme étranglée par les tissus profonds indurés. A partir de ce point comme centre rayonnent en différents sens des cordons durs et calleux qui indiquent les trajets tortueux que l'urine a suivis pour aller former au loin les abcès et les fistules. La peau du périnée ne présente aucune trace d'abcès, mais par suite d'un travail de cicatrisation sous-cutanée toute cette région est déformée, dure, rétractée et donne la sensation d'un cartilage.

L'urèthre est libre jusqu'au niveau de la symphyse pubienne; au delà de ce point aucune bougie ne peut pénétrer.

Le 15 décembre on incise le périnée jusqu'au bec d'une sonde introduite dans le canal. Mais là pas de bout postérieur. On va plus profondément et à 3 centimètres au moins du cul-de-sac uréthral, on arrive dans une cavité anfractueuse, irrégulière, d'où il s'écoule une certaine quantité de pus. C'était le cloaque communiquant avec la vessie et les trajets fistuleux. Une sonde de femme est introduite dans la vessie et dans l'urèthre antérieur.

A la fin de février la plaie est cicatrisée, la peau des bourses est plus souple, les indurations se fondent, le trajet des fistules s'efface et les fistules elles-mêmes sont complètement cicatrisées.

DEUXIÈME GROUPE

Abcès de la fosse ischio-rectale.

OBSERVATION 17 (inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur AUGAGNEUR.

*Rétrécissements blennorrhagiques multiples. Abcès urinaire
au niveau de l'échancrure sciatique. Uréthrotomie interne.
Récidive des rétrécissements. Infiltration d'urine. Mort.*

Claude Deb..., quarante-six ans, boucher, entré à l'hospice de l'Antiquaille, service de M. le professeur Augagneur, le 9 janvier 1895.

Pas de traumatisme. Blennorrhagie aiguë au mois de mars 1894 suivie d'orchite. La gonorrhée a guéri au bout de quelques mois sans laisser à sa suite d'écoulement chronique. Mais depuis cette époque le malade a présenté des difficultés de la miction de plus en plus accentuées; au moment d'uriner il ressentait en outre des douleurs dans la région lombaire et dans le bas-ventre. Les urines étaient légèrement troublées. Il y a quinze jours les douleurs sont devenues très vives et le malade a dû suspendre son travail; il lui était impossible de marcher ou de reposer sur le côté droit.

Actuellement le malade est porteur d'une tuméfaction siégeant en dedans du grand trochanter à environ 4 à 5 centimètres du sacrum. Elle est très douloureuse et le malade ne peut ni s'asseoir, ni rester couché sur le côté droit. La peau est chaude mais sans changement de coloration notable. La fluctuation est nette. On ne peut percevoir de point douloureux le long de la colonne vertébrale. L'articulation coxo-fémorale joue facilement et n'est pas douloureuse. Les pressions sur l'ischion ne produisent pas de douleurs. Ni raccourcissement, ni déviation

du membre inférieur. Toute lésion osseuse ou articulaire doit donc être écartée. Le malade souffre légèrement dans l'abdomen, mais on ne sent aucun empâtement de la fosse iliaque droite.

Les urines sont claires et l'épreuve des trois verres négative. Léger disque d'albumine. Les mictions sont de quatre à cinq, la nuit comme le jour. Elles sont très peu abondantes et le malade estime à un litre la quantité d'urine émise par jour. État général assez bon ; température 37°8.

Examen du canal : premier rétrécissement à 3 centimètres du méat ; série de rétrécissements péniers laissant passer l'explorateur à boule n° 8 qui est arrêté au lieu d'élection. Une bougie n° 3 franchit l'obstacle mais bute sans pouvoir passer outre contre un rétrécissement situé plus en arrière. Enfin l'explorateur n° 3 passe et arrive jusque dans la vessie.

Le 14 janvier, incision de l'abcès : il s'écoule une grande quantité de pus fétide qui semble venir de la profondeur (région de la grande échancrure sciatique). On fait en même temps l'uréthrotomie interne avec le Maisonneuve. Pas de sonde à demeure.

Le 24 janvier, on passe facilement le n° 13 (filière Charrière). La plaie a bon aspect.

Pendant janvier et février, la cicatrisation s'opère lentement, par le drain fixé dans l'ouverture il s'écoule un peu de pus mais sans mélange d'urine. Le 25 mars, on met un drain plus petit. Le lendemain, hémorragie de près de 3/4 de litre par la plaie qu'on traite par le tamponnement ; elle se répète en s'atténuant pendant les deux jours suivants.

Enfin, au mois d'avril, on constate que la plaie est complètement fermée. On passe dans le canal le n° 14. Le malade sort, mais il doit revenir se faire sonder chaque semaine. Malheureusement au bout de quelques mois il néglige ce soin.

Le 13 décembre 1899, c'est-à-dire quatre ans après, il est apporté de nouveau à l'hôpital dans le même service.

L'état général est grave : poulx petit, langue fuligineuse, facies pâle, traits tirés, subdélire. Température oscillant entre 39°5 et 40.

Asystolie vésicale, rétention complète depuis trente-six heures.

Infiltration d'urine occupant le scrotum et la verge. Incisions larges à la partie inférieure de ces organes. Il s'écoule un peu de pus mais surtout des caillots sanguins. En somme infiltration des tissus mais peu de liquide pathologique. Début de sphacèle du tissu cellulaire sous-scrotal. En outre sphacèle par places avec œdème considérable du prépuce, coloration feuille-morte de ce dernier.

Après l'incision on fait l'uréthrotomie (la série des sténoses uréthrales s'étant complètement reproduite). Sonde à demeure.

Le malade meurt le 18 décembre.

OBSERVATION 18 (inédite)

(Service de M. ROCHET.)

Rétrécissements multiples assez étroits. Abscès de la fosse ischio-rectale. Guérison sans fistulisation.

X..., âgé de quarante cinq ans, entre à la clinique des voies urinaires de l'Antiquaille pour un abcès siégeant sur un des côtés de l'anus. Le malade accuse en outre des troubles urinaires depuis longtemps, consécutifs à plusieurs blennorrhagies contractées dans sa jeunesse. Il est porteur de rétrécissements multiples, dont l'un assez serré, n'admettant que le n° 10 et situé dans la région bulbaire. Le malade a été traité plusieurs fois déjà pour rétrécissement.

L'incision de la collection périanale permet de constater l'existence d'un décollement profond se dirigeant en avant du côté du triangle recto-urétral et arrivant au voisinage même de l'urètre. Une sonde étant introduite dans le canal, si l'on explore la cavité de l'abcès avec le doigt, on sent que celui-ci arrive tout contre la sonde elle-même.

Le malade guérit très rapidement de son abcès sans conserver de fistule. Il était du reste d'une très forte constitution, non

suspect de tuberculose, il n'avait pas d'hémorroïdes, bref aucune cause permettant d'expliquer cet abcès périanal. Aussi M. Rochet se demanda-t-il s'il ne pouvait pas s'agir, en raison de la direction de cet abcès qui semblait venir jusqu'au contact de l'urèthre en arrière du bulbe, s'il ne s'agissait pas d'une érosion de la muqueuse uréthrale de la partie tout à fait profonde du canal en arrière de la stricture, très profonde elle-même, point de départ probable de l'abcès. La guérison de l'abcès ischio-rectal après recalibrage du canal semble bien en faveur de l'origine urinaire de l'abcès.

OBSERVATION 19

(HACHE, *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1884.)

Rétrécissement pénien blennorrhagique. Périurétrite de la verge qui se résorbe. Abcès urineux sous-cutané au niveau de la fosse ischio-rectale.

T..., Jules, trente-trois ans, journalier, a contracté il y a neuf ans une blennorrhagie qui a reparu depuis à plusieurs reprises à la suite d'excès; au moment d'une de ces poussées aiguës, corde qui s'est rompue et a déterminé une uréthrorragie. Depuis un an se plaint de gêne dans la miction, ses urines sont purulentes et il accuse quelques douleurs de reins.

Dans les premiers jours de juin la miction est devenue plus difficile à la suite d'excès de boisson et bientôt est apparue près de la racine de la verge une petite tumeur gênant la marche. Elle disparaît, mais est remplacée par une autre bien plus volumineuse du côté de la fesse droite avec poussée fébrile.

A son entrée le 25 juillet, il a l'aspect cachectique, une fièvre subcontinue et un gros abcès au niveau de la fosse ischio-rectale droite. Cet abcès est ouvert largement et donne issue à un pus fétide non mêlé d'urine, quelques brides sont rompues avec le doigt et le foyer est désinfecté avec une solution phéniquée. On

peut constater alors que l'abcès est situé entre l'aponévrose périnéale superficielle et la peau, qu'il est absolument sous-cutané en un mot et ne présente aucune connexion avec le tissu cellulo-graisseux de la fosse ischio-rectale. Un drain est facilement fixé sans contre-ouverture.

Après l'incision de l'abcès l'état général s'améliore rapidement et les douleurs disparaissent. L'urine ne passe par la plaie à aucun moment.

L'urèthre est exploré le vingt-sixième jour et on constate l'existence d'un rétrécissement pénien dont la dilatation est entravée par des adénites inguinales suppurées. — La cystite qui existait à son entrée disparaît sous la seule influence de la dilatation. La cicatrisation était complète au commencement d'octobre.

OBSERVATION 20 (résumée)

(POUSSON, *Annales de la Polyclinique de Bordeaux*, 1890.)

Rétrécissement large. Absès urinaire de la fesse par propagation d'un abcès du périnée.

X..., quarante ans. Plusieurs blennorrhagies il y a vingt ans. Infiltration d'urine il y a dix ans suivie de fistules qui guérissent par l'application d'une sonde à demeure. — Absès du périnée et du scrotum il y a deux mois qui ont laissé deux fistules au périnée et plusieurs autres sur le scrotum œdématié.

L'infiltration purulente s'est propagée en suivant le sillon génito-crural jusqu'au niveau de la fesse correspondante. Un abcès urinaire s'y est formé, puis s'est ouvert laissant à sa place deux orifices à bords bourgeonnants. Quand le malade urine, le contenu de la vessie s'échappe en grande partie par ces divers trajets fistuleux.

L'explorateur à boule n° 18 passe sans aucun ressaut. On laisse une sonde en gomme n° 20. Le malade est guéri au bout de trois semaines.

OBSERVATION 21 (résumée)

(MARTIN, Thèse Paris 1875.)

Rétrécissement traumatique. Absès du périnée puis absès de la fesse droite.

A..., trente-cinq ans, étant soldat, en 1844, tombe sur un tas de chaux vive : rétention d'urine, uréthrorragie; on n'arrive à le sonder que le lendemain. — Depuis il s'est aperçu que son jet diminuait et qu'il urinait plus souvent. Il y a quatre ans, absès urineux du périnée qui laisse à sa suite des fistules périméales.

Plus tard, il entre au Midi, pour une tuméfaction siégeant au niveau de la fesse droite; on l'incise et l'urine s'écoule par l'orifice qui reste fistuleux.

A son entrée à Necker, en 1869, on constate l'existence de quatre orifices fistuleux; l'un siége sur la fesse droite, à deux travers de doigt en dehors de l'anus, il ne laisse plus passer l'urine, mais la pression en fait sortir une goutte de pus. Un stylet introduit remonte obliquement d'arrière en avant et on sent son extrémité à droite de la racine des bourses. Les trois autres orifices siègent à la partie postérieure du scrotum et communiquent avec le premier. Des tissus indurés entourent le canal; le toucher rectal permet de constater que cette induration se prolonge jusqu'à la prostate et forme une plaque indurée en avant du rectum.

Exploration du canal : l'explorateur n° 21 est arrêté dans la région périnéale, mais avant d'arriver sur ce point, on sent deux ou trois ressauts.

Traitement : sonde à demeure et cautérisation des fistules au galvano-cautère, puis à la teinture d'iode. Le malade sort guéri au bout de six mois.

TROISIÈME GROUPE

Abcès migrateurs divers

(Hypogastre, sillon génito-crural, cuisse, etc.)

OBSERVATION 22

(VALLEUR, *Lyon Medical*, 1873.)

Rétrécissement blennorrhagique infranchissable. Abcès urinaux de l'hypogastre. Fistules hypogastriques. Frébro-tomie externe. Guérison.

P... V..., peigneur en chanvre, cinquante-quatre ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 4 octobre 1872. Deux blennorrhagies, en 1844 et en 1848, la deuxième accompagnée de chancres et de bubons, ont cédé assez vite au traitement. En 1869, rétention d'urine qui céda à un seul cathétérisme, mais le jet était resté un peu moins fort.

Au mois de juillet suivant, la miction devint plus difficile. Le 28, nouvelle rétention d'urine. Un médecin, appelé, fit de nombreuses et infructueuses tentatives de cathétérisme qui n'aboutirent qu'à la sortie, par le canal, d'une assez grande quantité de sang. Le malade resta deux jours dans la situation la plus fâcheuse. Un abcès urinaire se forma à l'hypogastre. Suivant l'expression du malade, « le ventre se tuméfia, puis il éclata », c'est-à-dire qu'il s'établit dans la région hypogastrique une ouverture par laquelle s'échappa une grande quantité d'urine et de pus. A partir de ce moment, les urines ont continué à sortir par cette voie anormale. Pas une goutte n'a été rendue par le canal de l'urèthre jusqu'au jour de l'intervention.

Lors de son entrée, sur la partie inférieure de l'abdomen et du côté gauche, se voient trois orifices fistuleux. Ils sont situés

l'un à 16 centimètres, l'autre à 10 centimètres, le troisième à 7 centimètres du pubis. Ces trois orifices conduisent à des trajets fistuleux qui se dirigent en bas, du côté de la symphyse derrière laquelle ils s'engagent et se perdent. Ils communiquent entre eux, car une injection poussée par l'une des ouvertures ressort par les deux autres, mais ne pénètre pas dans la vessie. Ces fistules sont douloureuses, elles se sont enflammées assez fréquemment et j'ai dû, à plusieurs reprises, dilater les orifices et même les débrider pour favoriser l'issue de la suppuration qui formait foyer dans le tissu cellulaire ambiant.

Le canal de l'urèthre est libre jusqu'à la région membraneuse. Je n'ai jamais pu parvenir au delà. Le périnée ne présente, d'ailleurs, aucune lésion apparente, il est souple, sans induration. État général assez satisfaisant, rien aux reins, ni à la vessie.

P... V..., peut conserver ses urines pendant plusieurs heures de suite. Quand il éprouve le besoin de les rendre, il se met à genoux, le corps fortement incliné en avant. Le liquide sort d'abord goutte à goutte puis est projeté avec une certaine force. Le malade peut d'ailleurs uriner en restant couché sur le dos. On a donc bien affaire à une fistule uréthrale, car dans le cas de fistule vésicale, l'urine ne peut être retenue et sort en bavant au moindre mouvement.

Opération le 20 mars 1873 (résumée) : Introduction d'une sonde en gomme jusqu'au rétrécissement. Le périnée et l'urèthre sont incisés sur la ligne médiane, le bout postérieur n'est découvert que grâce à une incision faite au canal en arrière du point rétréci et une sonde est introduite dans la vessie. Ce point rétréci long de 4 à 5 centimètres est excisé en totalité.

Peu à peu les fistules hypogastriques se sont complètement fermées. La plaie périnéale opératoire s'est cicatrisée à son tour, mais plus tardivement, et Pierre V... est sorti urinant librement par son canal.

OBSERVATION 23 (résumée)

(GREGORY, thèse Paris, 1891, tirée de la statistique de GOULEY,
New-York.)

*Rétrécissement traumatique. Abscès urineux à l'hypogastre et
à la cuisse droite. Fistules consécutives.*

James G..., vingt-quatre ans, admis le 7 mars 1867. Chute à califourchon le 15 juillet 1866.

Deux mois après abcès, l'un à la région hypogastrique, l'autre à la cuisse droite qui, ouverts, laissent passer l'urine.

A son entrée le malade offre l'aspect d'un individu qui a souffert longtemps, peau sèche et chaude, pouls fréquent, odeur urineuse exhalée par son corps. Deux kystes fistuleux, l'un à la région hypogastrique, l'autre au sommet du triangle de Scarpa : c'est par ce dernier que s'écoule toute l'urine qui est chargée de pus.

L'examen du canal montre l'existence d'un rétrécissement près du ligament de Carcassonne franchi seulement par une baleine n° 1/4. Le doigt dans le rectum fait reconnaître une fracture du pubis remontant à l'époque de l'accident.

Uréthrotomie externe sans conducteur le 16 mars 1867. Pas de sonde à demeure.

17 mars. Vomissement, l'urine passe par la plaie et l'urèthre.

18 mars. Tache érysipélateuse autour de la fistule supérieure ; d'autres malades dans la salle étaient atteints d'érysipèle. L'érysipèle s'étend à l'abdomen et aux cuisses jusqu'aux genoux et le malade meurt le 4 avril.

OBSERVATION 24

(PAYRI, thèse Montpellier, 1892.)

Fracture du pubis, rupture de l'urèthre. Absès urineux de la cuisse récidivant malgré l'uréthrotomie externe. Guérison par la taille hypogastrique et le cathétérisme rétrograde.

V... Pierre, porté à l'hôpital le 8 septembre 1889. La veille au soir il a été surpris par un éboulement et depuis il n'a pu ni marcher ni uriner. M. Forgue diagnostique une fracture de la branche descendante du pubis avec rupture de l'urèthre. Le cathétérisme pratiqué vida la vessie d'une abondante quantité d'urine sanguinolente ; les urines auraient gardé ce caractère environ un mois. Trois jours après apparaissait à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche un abcès urineux que le malade vidait par l'urèthre en le comprimant. Le 23 octobre l'abcès urineux s'ouvrit spontanément à la partie interne de la cuisse et dès lors toutes les urines passent par ce nouveau trajet.

Le 30, M. le professeur Tédénat pratique l'uréthrotomie externe. Mais le 14 novembre la sonde à demeure ne fonctionne plus. Toutes les tentatives pour la remplacer échouent, les sondes venant buter contre le pubis déplacé. L'urine s'écoule par la verge jusqu'au 27 novembre.

A cette date un abcès urineux, apparu depuis cinq jours à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche, s'ouvre spontanément et les urines sortent en partie par cette voie, en partie par l'urèthre. Le 9 décembre la poche urineuse se ferme complètement et la miction se fait tout entière par l'urèthre, mais péniblement et à chaque fois le malade éprouve la sensation que le liquide s'échappe dans le tissu cellulaire de la partie interne de la cuisse.

Le 15 janvier nouvel essai infructueux d'uréthrotomie externe. On ne peut découvrir le bout postérieur. Enfin le 25 janvier on

fait la taille hypogastrique et le cathétérisme rétrograde qui permet d'inciser l'extrémité rétrécie du bout postérieur de l'urèthre au niveau du périnée et d'y introduire jusque dans la vessie la sonde du bout antérieur.

Guérison complète en mars. Le malade passe 44 et 46 Béniqué. Pas de réapparition d'abcès urineux.

OBSERVATION 25 (résumée)

(Th. de BEAUCARD, Nancy 1883.)

Rupture de l'urèthre. Fausse route. Abcès urineux du creux génito-crural. Rétrécissement. Abcès urineux des bourses.

B..., Frédéric, vingt-cinq ans. Pris dans un éboulement le 17 avril 1884, fracture du bassin avec douleur vive dans le pli génito-crural s'irradiant jusqu'à la partie antérieure de la cuisse. Le soir de l'accident le malade ne peut uriner, mais le cathétérisme peut se faire au moyen d'une sonde de gros calibre. L'urine était fortement colorée par le sang et renfermait des caillots.

Le troisième jour un infirmier essayant de sonder le malade, celui-ci ressentit, au second essai, une vive douleur au périnée et il s'écoula une urine très chargée de sang. A partir de ce jour apparut dans le creux génito-crural gauche une grosseur du volume d'une noix qui atteignit celui d'une pomme et s'ouvrit le douzième jour. Le malade pissa désormais et pendant deux mois par cette fistule.

Actuellement, bassin déformé. Cicatrice fibreuse et épaisse se sentant profondément au-dessus du transverse superficiel. Tantôt la miction est impossible; tantôt il faut de grands efforts pour donner issue à quelques gouttes. Les bougies, même les plus fines, sont arrêtées invariablement à 12 cent. 5 du méat.

Le 21 août, opération. On essaie l'uréthrotomie externe péri-néale, mais devant l'impossibilité de retrouver le bout supérieur on ouvre la vessie et on fait le cathétérisme rétrograde. Au

cours du traitement, le 17 janvier 1885, on ouvre un abcès urinaire qui s'était formé dans le scrotum : il s'écoule une quantité notable de pus.

Le 1^{er} mai 1885, on commence les béniqués ; on arrive au n^o 47. Seule la plaie périnéale laisse écouler au moment de la miction quelques gouttes d'urine.

OBSERVATION 26 (résumée)

(Th. de RAVANIER, Paris, 1897.)

Rétrécissement traumatique. Abcès urinaire à la partie supéro-interne de la cuisse droite. Fistulisation. Incurabilité.

M. Br..., trente-deux ans. Ce malade a eu plusieurs blennorrhagies traitées avec soin et qui n'ont jamais duré plus de trois semaines chacune. En août 1885, à l'âge de vingt et un ans, chute de cheval : à sa suite urétrorragie abondante et rétention d'urine. Tentatives de cathétérisme répétées qui n'aboutissent que dix-neuf heures après l'accident. Il peut ensuite uriner seul, mais les mictions deviennent de plus en plus pénibles. Au bout de deux mois et demi il se trouve dans l'impossibilité d'uriner.

En décembre 1885 uréthrotomie externe et sonde à demeure ; en janvier 1886, uréthrotomie interne : malgré cela toujours miction goutte à goutte et perte des urines jour et nuit.

Dix mois plus tard le malade toujours dans le même état s'aperçut qu'il portait à la partie supéro-interne de la cuisse droite, le long du raphé médian, une tumeur dure très douloureuse. Cet abcès urinaire fut ouvert par le médecin traitant. Drainage. Deux jours après le malade urine par son abcès ; les douleurs ont d'ailleurs disparu depuis ce moment.

Dès qu'on tente de passer des bougies le malade a des accès de fièvre : 38°, 41°, 39°. Finalement M. Bazy lui fait un cathétérisme rétrograde, puis les phénomènes se reproduisant il établit un méat hypogastrique.

OBSERVATION 27

(Th. de GRÉGORV, Paris 1879, tirée de la statistique de GOULEY, New-York.)

Rétrécissements blennorrhagiques. Absès urineux multiples et de sièges très divers. Uréthrotomie externe et excision des fistules.

N. L..., vingt-huit ans, admis à l'hôpital de Bellevue le 29 décembre 1869.

Gonorrhée il y a douze ans; le huitième mois diminution marquée du calibre du jet; dysurie; quatre semaines plus tard rétention complète cessant spontanément au bout de douze heures. Absès urineux du périnée laissant par sa fistule passer l'urine; puis formation successive de vingt petits absès au périnée, au scrotum, à la partie supérieure et interne des cuisses et dans la région hypogastrique; aucun ne laisse passer l'urine sauf un seul situé à la partie interne de la cuisse gauche.

Exploration: premier rétrécissement à un tiers de pouce de l'orifice externe du canal; un second à quatre pouces plus loin et un troisième à cinq pouces du méat, celui-ci infranchissable à tous les instruments; une bougie capillaire introduite dans l'urèthre ressort constamment par la fistule de la face interne de la cuisse gauche.

Uréthrotomie périnéale et excision des trajets fistuleux le 8 janvier 1870; pas de cathéter à demeure. Le 20 la plaie scrotale est complètement cicatrisée, toutes les fistules se ferment et l'urine ne sort que par la plaie périnéale qui est couverte de bourgeons charnus de bonne nature. La sonde n° 10 a été passée deux fois par semaine.

OBSERVATION 28

(Th. NOGUÈS, Paris 1892.)

Rupture de l'urèthre. Absès urineux de la cuisse; fistules consécutives. Libération externe de l'urèthre. Grande amélioration.

Théodule L... dix-neuf ans. Le 25 août 1886 une roue de

voiture lui passe sur le ventre ; rétention ; sonde à demeure qui ne donne issue qu'à du pus.

Uréthrotomie externe, puis interne pour permettre la dilatation qu'on pousse jusqu'au béniqué 40. L'incision du périnée reste fistuleuse pendant un mois, puis se ferme et le malade urine par la verge.

Un an plus tard, le périnée restant fermé, il se forme à la partie antéro-interne de la cuisse gauche un abcès qui s'ouvre et reste fistuleux.

En février 1890 nouveau séjour à Necker. On dilate jusqu'au béniqué 30, mais l'urine sort toujours par les fistules.

Le malade rentre en février 1891, dans le même état. Localement, œdème dur, scléreux, blanchâtre des bourses, du périnée et de la racine des cuisses environné d'une zone érythémateuse. Deux fistules persistent au-dessus et au-dessous du pli génito-crural gauche. Le stylet pénètre à une profondeur de 4 à 5 centimètres. Le toucher rectal fait sentir un cal exubérant sur la branche ischio-pubienne gauche. Il est impossible de pénétrer dans la vessie.

Le 12 juin 1891, le trajet fistuleux est incisé, gratté avec soin. Uréthrotomie externe sur cathéter. Continuant dans la même direction, M. Guyon tombe dans une cavité considérable limitée en arrière par le rectum, en avant par la branche ischio-pubienne gauche, en haut par une masse indurée qui double l'ogive pubienne ; les fistules s'ouvrent à ce niveau. Recherches laborieuses et infructueuses du bout postérieur.

Pas de suites opératoires. Le 26, le malade qui se lève déjà depuis quelques jours commence à uriner par la verge en même temps que par la plaie périnéale. Le 2 juillet, la plaie périnéale ne laisse plus passer que quelques gouttes d'urine ; la majeure partie sort par la verge. Les fistules crurales sont fermées. Le cathétérisme est cependant toujours impossible.

OBSERVATION 29

(Th. MARTIN, Paris, 1875.)

Rétrécissement traumatique de l'urèthre. Absès urineux du périnée, de la cuisse et de la crête iliaque. Uréthrotomie interne. Guérison.

Pl..., trente-cinq ans, entre à Necker, le 7 décembre 1873. En février 1872, une voiture pesamment chargée lui avait fracturé le pubis en lui passant au travers du corps. Immédiatement rétention d'urine, mais on le sonde assez facilement. Les urines d'abord sanguinolentes deviennent claires; les envies d'uriner sont très fréquentes.

Trois mois après, on observe un phlegmon du périnée qui s'ouvre près de l'anus; l'ouverture fistuleuse donne passage à de l'urine. Un second abcès s'ouvre au tiers moyen de la cuisse. Il s'écoule de l'urine en ce point pendant huit jours au bout desquels survient un nouvel abcès qui s'ouvre au niveau de la crête iliaque droite; il s'écoule encore de l'urine pendant trois mois par les fistules.

En mai 1873, le cathétérisme devient impossible.

État actuel : toutes les fistules sont fermées. Urines troubles, alcalines, odorantes. A l'exploration, le n° 20 est arrêté en arrière du bulbe, il en est de même jusqu'au n° 8; le jet d'urine est très petit. Une petite bougie introduite dans le canal est sentie près de l'anus; elle s'arrête dans un cul-de-sac situé en avant de la portion fracturée. Elle ne peut pénétrer dans le rétrécissement.

Après de multiples tentatives, on finit par passer une bougie collodionnée et armée, et, à l'aide de l'uréthrotome de Maisonneuve (n° 23) on sectionne le rétrécissement. Sonde à demeure pendant deux jours. Vingt jours après l'opération, le malade sort guéri urinant bien.

CONCLUSIONS

I. — Les abcès urineux d'origine uréthrale ont pour siège de prédilection la région périnéale. Ceci est bien connu; mais ils peuvent se rencontrer en des points très différents où on est parfois un peu dérouté de les observer, ce qui peut prêter à des erreurs sur leur véritable origine.

II. — Les abcès à localisation exceptionnelle peuvent se diviser en : α) abcès de *contiguïté*, pénien, scrotaux, etc., c'est-à-dire nés au voisinage du rétrécissement lui-même et appendus à la portion du canal qui est malade; β) abcès éloignés ou *migrateurs* qui peuvent siéger alors en des points très divers, plus ou moins distants du canal (abcès ischio-rectaux, génito-cruraux, cruraux, abdominaux même, etc.)

III. — Les abcès de contiguïté ont leur point de départ habituel dans un rétrécissement blennorrhagique, comme les abcès périnéaux ordinaires. — Les abcès migrateurs ou éloignés reconnaissent souvent pour cause des rétrécissements traumatiques, le traumatisme pouvant porter sur des points du canal très profonds et s'accompagnant de

décollements à distance des tissus par des hémorragies, par des infiltrations d'urine, ce qui explique la formation possible plus tard de longues fistules grâce à ces trajets préformés.

IV. — La pathogénie de ces abcès à localisation exceptionnelle n'est pas différente de celle des abcès urinaires ordinaires. Toutefois, dans les cas d'abcès lointains il faut incriminer le transport des germes infectieux endouréthraux par les voies lymphatique et sanguine.

V. — Leurs symptômes aussi sont analogues à ceux des abcès périnéaux ; mais, étant donné leur siège exceptionnel, il est des causes d'erreur que le clinicien doit connaître, soit que ces abcès, offrant extérieurement les caractères d'un abcès banal et étant situés loin de l'urèthre, puissent être confondus avec des abcès tout différents des abcès urinaires proprement dits, soit que leur origine même dans certaines régions leur imprime des caractères spéciaux pouvant encore donner lieu à des erreurs de diagnostic. C'est ainsi que nous avons insisté sur le caractère des abcès péniers qui, lorsqu'ils s'accompagnent de décollements profonds des tissus du pénis, peuvent par les indurations, par le gonflement, par l'œdème dur qu'ils provoquent faire songer parfois à des accidents tout différents et en particulier, en raison de la dureté ligneuse créée par ces fistules et décollements péniers, faire croire à des accidents syphilitiques ou à un néoplasme de la verge. C'est donc au clinicien à rechercher soigneusement en pareil cas l'état du canal, la présence de fistules, etc., seules notions qui peuvent mettre sur la voie.

VI. — Le pronostic de ces abcès est du reste celui des abcès urineux en général ; ils guérissent très bien quand ils ont été incisés et bien drainés, et surtout quand on accompagne leur traitement de la thérapeutique du rétrécissement lui-même. — Ce traitement du rétrécissement pourra se faire ici en même temps que celui de l'abcès et sans crainte de danger d'infection du canal, puisque, dans le cas d'abcès migrants en particulier, une distance assez longue sépare l'urèthre du foyer de suppuration.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

M. POLLOSSON

Vu :

LE DOYEN,

LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,

Président du Conseil de l'Université

G. COMPAYRÉ.
